

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Barbora Blažková

Tvorba české verze metody Resilience to Trauma Scale

*Developing a Czech version of the Resilience to Trauma
Scale - Research Edition*

Vedoucí práce: prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

Rok odevzdání práce: 2016

Poděkování:

Ráda bych na tomto předním místě poděkovala vedoucímu mé diplomové práce, prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc., nejen za pomoc, cenné vhledy, rady a doporučení při zpracovávání této práce, ale zejména za jeho aktivity v oblasti zkoumání psychologie zdraví, pozitivní psychologie a resilience a za to, že dává možnost zabývat se těmito tématy i svým studentům, za to, že ji dal i mně.

Děkuji také všem, kteří mi pomohli se sběrem dat, zejména pak ochotným respondentům, kteří nepřizní osudu navzdory dál postupují životem a bez jejichž cenného času a účasti na výzkumu by diplomová práce nemohla vzniknout.

Děkuji svým rodičům a blízkým, kteří mě podporovali po dobu studia, děkuji PhDr. Zinaidě Hofmannové za to, že ve mne v důležitém vývojovém období podporovala růstové nastavení mysli a lásku k psychologii.

Největší dík bych ráda vyjádřila mé sestře, Zuzaně, která je mou celoživotní oporou, která o mě s vřelostí, trpělivostí, úsměvem a laskavostí pro ni tolik osobitou pečovala v dlouhých měsících, které jsem trávila upoutána na lůžko, a které slovy nedokážu vyjádřit, jak moc jí jsem za dosud společně prožitý život vděčná.

Děkuji životu plnému dobrodružství s dobrými konci.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 20.7.2016

.....

Barbora Blažková

Abstrakt

Tématu resilience, akcentování kladných stránek osobnosti a hledání zdrojů podpory k rozvoji vnitřních sil člověka náročným životním okolnostem navzdory se v posledních letech dostává stále intenzivnější pozornosti odborné i laické veřejnosti. Výsledky zkoumání fenoménu resilience, psychické odolnosti, se propisují do teoretických koncepcí, ale i do intervenční oblasti, psychoterapie, poradenství a preventivních programů. Předmětem teoretické práce bylo představení teoretického pojetí resilience a s ním spojených témat, zvláštní pozornost pak byla věnována problematice resilience vůči traumatu, dále pak výsledkům výzkumů v oblasti zdrojů resilience, rizikových a protektivních faktorů, byla též představena specifika resilience v návaznosti na příslušnost k věkové kategorii. Předmětem empirické části bylo vytvořit českou verzi metody Resilience to Trauma Scale - Research Edition (RTS-RE) a její explorativní analýza s cílem dát vzniknout pilotní verzi, jež by mohla být dále základem pro následné širší použití v rámci výzkumu resilience. Pro tyto účely byly vedle českého překladu RTS-RE využity další dvě metody: Beckův inventář deprese (BDI-II) a Personal Views Survey (PVS). Výsledky empirické části práce ukazují slibné psychometrické vlastnosti české verze metody a potenciál jejího využití pro výzkumné i praktické účely. Zjištěné závěry by bylo vhodné ověřit dalšími studiemi.

Klíčová slova:

resilience, odolnost vůči zátěži, hardiness, trauma, krize

Abstract

Resilience, stressing out the positive aspects of personality and ways of finding sources of support for the development of the internal forces of an individual despite challenging life circumstances has been receiving more and more attention recently from both professionals and the public. Results of the resilience research are affecting theoretical concepts, however, also the areas of intervention, psychotherapy, counseling and prevention programs as well. The subject of theoretical part of the thesis was the introduction to theoretical concepts of resilience and topics related to it. A special attention has been paid to the resilience to the trauma, as well as the results of research concerning resilience sources, risk and protective factors. The specifics of resilience relating to a given age group were discussed in the theoretical part. The subject of the empirical part was to develop a Czech version of the Resilience to Trauma Scale - Research Edition (RTS-RE) and its explorative analysis in order to create a pilot version, which could become a basis for subsequent wider use in research on resilience. For these purposes two other methods were used in addition to the Czech translation of RTS-RE, namely: Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Personal Views Survey (PVS). The results of this empirical work has shown promising psychometric characteristics of the Czech version as for both research and practical purposes. These findings shall be verified by other studies though.

Key words:

resilience, stress resistance, hardiness, trauma, crisis

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1. TEORETICKÉ KONCEPCE RESILIENCE | 13 |
| 1.1. DEFINICE POJMU RESILIENCE..... | 13 |
| 1.1.1. RESILIENCE COBY DYNAMICKÝ PROCES | 16 |
| 1.2. RESILIENCE COBY OSOBNOSTNÍ RYS A SOUVISEJÍCÍ POJMY | 18 |
| 1.2.1. HARDINESS | 18 |
| 1.2.2. SENSE OF COHERENCE | 19 |
| 1.2.3. SELF-EFFICACY | 20 |
| 1.2.4. LOCUS OF CONTROL..... | 20 |
| 1.2.5. (IN)VULNERABILITY..... | 21 |
| 1.2.6. PSYCHICKÁ FLEXIBILITA..... | 22 |
| 1.3. RESILIENCE VŮČI TRAUMATU..... | 23 |
| 2. ZDROJE RESILIENCE, RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY | 25 |
| 2.1. RIZIKOVÉ FAKTORY | 25 |
| 2.2. PROTEKTIVNÍ FAKTORY | 27 |
| 2.2.1. PROTEKTIVNÍ FAKTORY S OHLEDEM NA PROSTŘEDÍ A KONTEXT..... | 28 |
| 2.2.2. PROTEKTIVNÍ ÚROVNI JEDINCE..... | 29 |
| 2.2.3. PROTEKTIVNÍ FAKTORY NA ÚROVNI SKUPINY, KOMUNITY, KULTURY | |
| 31 | |
| 2.3. RESILIENCE RODINY | 34 |
| 2.3.1. PROTEKTIVNÍ A RIZIKOVÉ FAKTORY NA ÚROVNI RODINY | 35 |
| 3. RESILIENCE DLE PŘÍLUŠNOSTI K VĚKOVÉ KATEGORII..... | 37 |
| 3.1. RESILIENCE DĚTÍ..... | 39 |
| 3.2. RESILIENCE DOSPÍVAJÍCÍCH | 41 |
| 3.3. RESILIENCE DOSPĚLÝCH | 45 |
| 3.4. RESILIENCE VE STÁŘÍ | 46 |
| 4. TRAUMA A JEHO DŮSLEDKY | 48 |
| 4.1. STRES..... | 48 |
| 4.1.1. OBECNÝ ADAPTAČNÍ SYNDROM | 49 |
| 4.1.2. VYBRANÉ TEORETICKÉ MODEL Y..... | 49 |
| 4.1.3. STRESORY, EUSTRES, DISTRES | 50 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.1.4. | AKUTNÍ REAKCE NA STRES..... | 51 |
| 4.2. | KRIZE | 52 |
| 4.3. | TRAUMA | 55 |
| 4.3.1. | POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA..... | 58 |
| 4.3.2. | POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ OSOBNOSTI..... | 61 |
| 5. | METODY A NÁSTROJE MĚŘENÍ RESILIENCE..... | 65 |
| 5.1. | VÝVOJ V OBLASTI ZKOUMÁNÍ A MĚŘENÍ RESILIENCE | 65 |
| 5.2. | MĚŘENÍ RESILIENCE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH | 66 |
| 5.3. | MĚŘENÍ RESILIENCE U DOSPĚLÝCH | 67 |
| 5.3.1. | BRIEF RESILIENCE SCALE (BRS)..... | 68 |
| 5.3.2. | CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD - RISC)..... | 68 |
| 5.3.3. | MULTIDIMENSIONAL TRAUMA RECOVERY AND RESILIENCY SCALE (MTRR) 69 | |
| 5.3.4. | PSYCHOLOGICAL CAPITAL QUESTIONNAIRE (PCQ) | 69 |
| 5.3.5. | RESILIENCE IN MIDLIFE SCALE (RIM)..... | 69 |
| 5.3.6. | RESILIENCE SCALE (RS-11) | 70 |
| 5.3.7. | RESILIENCE SCALE FOR ADULTS (RSA) | 70 |
| 5.3.8. | TRAUMA RESILIENCE SCALE (TRS)..... | 70 |
| 5.3.9. | RESILIENCE TO TRAUMA SCALE (RTS)..... | 71 |
| 5.4. | KRITIKA MĚŘENÍ RESILIENCE | 71 |
| | EMPIRICKÁ ČÁST | 73 |
| 6. | PŘEDMĚT VÝZKUMU..... | 73 |
| 7. | VÝZKUMNÉ CÍLE | 75 |
| 8. | VÝZKUMNÝ DESIGN..... | 77 |
| 8.1. | ZVOLENÉ METODY | 77 |
| 8.1.1. | RESILIENCE TO TRAUMA SCALE | 77 |
| 8.1.2. | BECKŮV INVENTÁŘ DEPRESE..... | 81 |
| 8.1.3. | DOTAZNÍK PERSONAL VIEWS SURVEY | 82 |
| 8.2. | ADAPTACE METOD | 83 |
| 8.3. | ZVOLENÍ METODY VÝBĚRU VZORKU | 84 |
| 8.4. | SBĚR DAT | 85 |
| 9. | CHARAKTERISTIKA VZORKU..... | 86 |
| 10. | VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE | 87 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 10.1. | DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA | 87 |
| 10.2. | PSYCHOMETRICKÁ ANALÝZA | 87 |
| 10.2.1. | FAKTOROVÁ ANALÝZA | 87 |
| 10.2.2. | RELIABILITA | 92 |
| 10.2.3. | VALIDITA | 92 |
| 10.2.4. | OBTÍŽNOST POLOŽEK | 94 |
| 10.3. | INSTRUKCE A POSTUP VYHODNOCOVÁNÍ | 97 |
| 11. | DISKUZE | 99 |
| 11.1. | SBĚR DAT | 99 |
| 11.2. | POUŽITÉ METODY | 100 |
| 11.3. | SOUVISLOST MÍRY RESILIENCE S VYBRANÝMI CHARAKTERISTIKAMI | 102 |
| 11.4. | OMEZENÍ VÝZKUMU | 104 |
| | ZÁVĚR | 106 |
| | POUŽITÉ ZDROJE | 108 |
| | SEZNAM TABULEK | 121 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 122 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 123 |
| | PŘÍLOHY | 124 |

Seznam použitých zkratk

BAI – Beckův inventář úzkosti

BDI-II – Beckův inventář deprese

CD – RISC – Connor – Davidson Resilience Scale

LOC – Locus of Control

MCMI-III - Millonův klinický víceosý dotazník

PCA – Principal Components Analysis

PTS - Posttraumatický stres

PVS – Personal Views Survey

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

RTS-RE – Resilience to Trauma Scale Research Edition

SOC – Sense of Coherence

ÚVOD

„Způsob, jímž člověk na sebe bere svůj nezvratitelný osud a také všechna utrpení s ním spojená, i v těch nejtěžších situacích a až do poslední minuty života otvírá plnost možností, jak smysluplně utvářet vlastní život.“

V. E. Frankl

V minulém roce jsem prodělala úraz, který vedl bezprostředně po převozu do nemocnice k operaci páteře. Z člověka, který trávil denně hodiny prací, zábavou s přáteli a sportem, se stal někdo, kdo potřeboval pomoc s toaletou, kdo se nedokázal sám obléct. Najednou jsem byla dospělý člověk, který je odkázán na péči své starší sestry, svých rodičů. Poprvé jsem byla konfrontována s nejistotou, strachem, dlouhodobými obavami nejen o své blízké, ale nově i o sebe sama.

Již před úrazem jsem se zajímala o koncept resilience, fascinoval mě zaměřením na potenciál zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi se všemi předpoklady a důsledky, které to s sebou nese. V měsících po úraze se tento můj zájem o to více prohloubil, o co více jsem měla příležitost alespoň trochu okusit, jaké výzvy s sebou takový proces může přinést.

Dle zakladatele psychoterapeutického směru logoterapie Viktora Emila Frankla (2006), se smysl života skrývá i v utrpení, protože právě v něm dostáváme příležitost uskutečnit to nejlidštější ze sebe samého. Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla v rámci diplomové práce zpracovávat právě toto téma je víra v to, že nás neurčují okolnosti či překážky, které nám přichází do života, ale to, jak se k nim postavíme, jak se s nimi vyrovnáme.

Řady let výzkumu fyzického i duševního zdraví byly zaměřeny na negativní důsledky rizikových biologických a psychosociálních faktorů. V počátcích druhé poloviny minulého století zkoumala vývojová psycholožka Emmy Wernerová stovky obyvatel Havajského ostrova Kauai od narození¹ po střední věk. Některé ze zkoumaných osob pocházely z velmi chudého, nehostinného prostředí. Přesto významná skupina z těchto lidí dožrála v osobnosti sociálně plně zapojené (Werner & Smith, 1982). Vlna dalších výzkumů zaměřených na hledání protektivních faktorů, které by odlišily zdravě adaptované děti od těch méně přizpůsobených, následovala vzápětí.

¹ v úvahu však byly brány i pre- a perinatální komplikace

Předmětem této práce je představení konceptu resilience, psychické odolnosti, a s ním souvisejících pojmů. Pozornost bude věnována jak teoriím, tak i psychodiagnostickým metodám dosud vytvořeným. Jelikož je mým cílem tuto Písemnou práci IV využít jako základ pro diplomovou práci, snažila jsem se tomuto uzpůsobit i členění, obsah a rozsah práce.

Jakožto zamýšlený teoretický oddíl práce „Tvorba české verze metody Resilience to Trauma Scale“ sestává tato práce z pěti oddílů. První kapitola bude věnována teoretickému pojetí konceptu resilience. Zde se budu zabývat jak vymezením pojmu, tak i představením (mnohdy různých) pojetí konceptu. Jelikož významný díl empirické části tvoří nástroj vytvořený k měření resilience vůči traumatu, rozhodla jsem se do oddílu věnovanému teoretickému vymezení zařadit i samostatnou podkapitolu věnovanou specificky resilienci vůči traumatu. Součástí první kapitoly je též popis pojmů s resiliencí úzce souvisejících a někdy do češtiny obdobně překládaných (například jako houževnatost, odolnost, nezdolnost). V dané části se budu snažit jak o vysvětlení blízkosti pojmů, tak i o jejich vzájemné odlišení.

Přestože dosud nepanuje jednoznačná shoda v pojetí a terminologii spojené s konstruktem resilience, četné zdroje a výzkumy poukazují na protektivní a rizikové faktory, jež se zdají být v daných podmínkách (sociálních, kulturních, v určitém věkovém období) resilienci společné. Druhá kapitola proto bude zaměřena na mapování zdrojů resilience, rizikovým a protektivním faktorům popsaných díky dosud uskutečněným výzkumům a vydané literatuře. Jelikož je resilience multidimenzionální fenomén a kontext tak může hrát významnou úlohu, popsané rizikové a protektivní faktory budou jak univerzálněji platné, tak i vázané na specifické prostředí či kontext.

Pro proces resilience je důležité, v jakém období života, ve které vývojové fázi se daný člověk nachází. S každým obdobím jsou spojeny určité úkoly, potenciální krize, příležitosti, hrozby. V další části proto bude resilience popsána ve vztahu k jednotlivým životním obdobím respektive věkovým kategoriím.

S ohledem na praktické zaměření práce směrem k osobám zasaženým traumatickou událostí bude samostatná kapitola věnována traumatu. V rámci dané problematiky se zaměřím na vymezení a teoretické uchopení souvisejících pojmů stres a krize. V souvislosti s důsledky traumatu se pak budu zabývat patologickými důsledky směrem k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, ale i potenciálně pozitivními dopady ve smyslu posttraumatického rozvoje, který se v posledních letech těší stále většímu zájmu odborné i laické veřejnosti a v kontextu tématu resilience považuji za přínosné se jím taktéž zabývat.

Teoretická část bude uzavřena kapitolou o metodách a měření resilience. V této části bude nastíněn historický vývoj, jakož i současné trendy, uvedu příklady metod využívaných k měření resilience u dětí, dospívajících a dospělých, na závěr se zmíním o některých kritických poznámkách ke zkoumání konstruktů a zároveň se pokusím reagovat na některé z těchto výtek, jelikož věřím, že resilience je fenomén, který si pozornost a bližší zkoumání zasluhuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1. TEORETICKÉ KONCEPCE RESILIENCE

Cílem této kapitoly je teoretické představení konceptu resilience a s ním souvisejících pojmů, jako je odolnost vůči zátěži, hardiness, vulnerability resp. invulnerability, sense of coherence, self-efficacy, locus of control, z nichž některé zároveň bývají chápány jako primární koncepty psychické odolnosti resp. resilience. V rámci definování pojmu popíši historický vývoj a odlišnosti v přístupu k pojetí pojmu coby osobnostního rysu versus dynamického procesu. Jelikož je praktická část této práce věnována tvorbě české verze metody *Resilience to Trauma Scale*, rozhodla jsem se do teoretického úvodu zařadit i podkapitulu věnovanou specificky problematice resilience vůči traumatu.

1.1. DEFINICE POJMU RESILIENCE

Dle nedávno publikované bibliometrické analýzy citací týkajících se resilience (Baggio, Brown & Hellebrandt, 2015) lze zaznamenat navyšující se pozornost o tento termín jak v akademických publikacích, tak i u široké veřejnosti. Například na nejpopulárnějším internetovém vyhledávači Google byl zájem o pojem resilience v roce 2014 o 124% vyšší než v roce 2004. Mezi koncepty resilience se v psychologii a medicíně obecně řadí všechny psychologické koncepty, které obsahují salutoprotektivní prvky, respektive prvky ve vztahu k osobní pohodě a zdraví (Kebza, 2005).

Dle Mastenové (2014) lze výrazný vliv na zkoumání resilience, stejně jako na výzkumy v psychologii a psychiatrii vůbec, historicky připsat na vrub 2. světové válce a poválečné situaci, kdy byly zasaženy miliony dospělých i dětí. Řada odborníků začala věnovat své úsilí přeživším, zejména dětem, a to včetně intervencí, které měly za cíl zmírnit důsledky traumatických událostí. Ti, kteří se v budoucnu měli stát předními tvářemi výzkumu resilience, zažili 2. světovou válku coby mladí lidé (například v této práci mnohokrát citovaný Norman Garamezy bojoval coby pěšák v Bitvě v Ardenách, už v úvodu práce zmíněná Emmy Wernerová zažila bombardování Německa a byla příjemcem poválečné humanitární pomoci pro děti, Michael Rutter byl jako dítě evakuován z Velké Británie do USA při bombardování známém jako The London Blitz) (Cicchetti, 2016). Výrazný příspěvek ke zkoumání odolnosti lze též nalézt u autorů zabývajících se studiem podmínek a okolností zotavení (*recovery*) a

schopnosti znovunabytí sil (*recoverability*) po nemoci, úrazu či náročných krizových situacích (Frankl, 2006; Gordon & Song, 1994; Trieschmann, 1988 aj.).²

Jak uvádí Kebza (2005, s. 95), někteří autoři rozlišují resilienci autentickou / skutečnou a resilienci zdánlivou / pseudoresilienci. Zatímco autentická resilience je založena na „(...) *skutečných vnitřních (intrapersonálních, intrapsychických, osobnostních) a sociálních (interpersonálních) předpokladech a dispozicích*,“ zdánlivá / pseudoresilience „(...) *je pouhou stylizací spojenou s účelovým chováním a demonstrací vnějších projevů některých vlastností (mužnosti, tvrdosti, síly, udatnosti), které jsou vlivem zdánlivých či skutečných požadavků prostředí v různých sociokulturních kontextech chápány jako žádoucí*.“

Ukazuje se, že popsat uceleně problematiku spojenou s konceptem resilience je složité. O to víc, že dosud v rámci odborné veřejnosti nepanuje shoda v terminologii či definicích. Není výjimkou, že autoři, kteří se tématu resilience věnují, jej s ohledem na chybějící obecný konsenzus v rámci svých studií či jiných odborných publikací zároveň vysvětlují a definují. V neprospěch jednoznačnosti definice pojmu navíc hraje i řada dalších konstruktů, jako je nezranitelnost (*invulnerability*), *hardiness*, *adaptace*, *plasticita*, které mají k resilienci velmi blízko, případně se leckdy navzájem překrývají. Reich, Zautra a Hall (2011) shrnují, že v současném pojetí resilience panuje shoda týkající se chápání pojmu coby výsledku sekvence stres – odpověď.

Jak uvádí Kebza a Šolcová (2008) v obecnějším smyslu je pojem resilience chápán poměrně široce coby „*osobnostní dispozice ovlivňující odolnost jedince vůči působení stresogenním vlivům*“ (Kebza & Šolcová, 2008, s. 2). V anglické odborné literatuře vyjadřuje pojem resilience „*odolnost, pružnou, elastickou a houževnatou nezdolnost či nezlomnost posilující životní síly*“ (Kebza & Šolcová, 2008, s. 1).

Dle Krivohlavého (2001, s. 71) znamená termín **resiliency** „*pružnost (elastičnost, houževnatost, mrštnost, nezlomnost – schopnost rychle se vzpamatovávat apod)*.“ Původ slova **resilience** pramení v latinských slovech *salire* (skočit, přeskočit), *resalire* (odskočit), resp. *resilio*³ (odskočit zpět, odrazit se zpět) a do češtiny bývá překládán jako odolnost. Překlad však nestačí, jelikož můžeme pojem odolnost chápat ve smyslu *hardiness*, sebeuplatnění, smyslu pro soudržnost, houževnatosti aj. (viz např. Paulík, 2010; Šolcová, 2009; Šolcová & Kebza, 1996; Kebza & Šolcová, 2008).

² Podrobněji je vývoj a trendy ve výzkumu resilience popsán v kapitole 5.1. Vývoj v oblasti zkoumání a měření resilience.

³ <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/latinsko-cesky/resilio.html>

Mastenová (1990) definovala resilienci jako proces, kapacitu či důsledek úspěšné adaptace navzdory ohrožujícím okolnostem, kdy zasažený jedinec dosahuje lepších než očekávaných výsledků. Stejná autorka spolu s Bestovou a Garmezem (1990) rozlišila tři typy kontextů, v nichž se fenomén resilience může projevit:

- jedinec je vystaven vysokému riziku, navzdory kterému projevuje lepší, než očekávané výsledky;
- u jedince je udržen trend pozitivní adaptace přítomnosti stresujících okolností navzdory;
- jedinec, který prožil trauma, se z něj dobře zotavil.

V současnosti (Masten, 2014) se přiklání k pojetí resilience jako kapacity dynamického systému úspěšně se přizpůsobit rušícím vlivům, které ohrožují fungování, životaschopnost a vývoj systému.

Rutter (1987) resilienci popisuje jako schopnost úspěšně se přizpůsobit podmínkám nastalým vlivem nepříznivé zkušenosti. Dle analýzy citací z let 2006 - 2010, kterou realizoval Herrman et al. (2011), je resilience nejčastěji připisována **pozitivní adaptaci či schopnosti udržet si duševní zdraví nepřízní osudu navzdory**.

V rámci základních definic pojmu je třeba neopomenout skutečnost, že fenomén resilience se vedle jednotlivců může dotýkat větších celků, rodin, skupin lidí, komunit ad. (Masten, 2014).

Napříč odbornou veřejností dosud nepanuje shoda stran obecné aplikovatelnosti napříč různým prostředím a kulturami, v čem se však odborníci převážně shodují je pojetí resilience, psychické odolnosti coby **multifaktoriálně podmíněného vícerozměrného jevu, který je charakterizovatelný coby komplexní dispozice, která jedinci umožňuje rozvíjet sebe sama, zrát a rozvíjet kompetence nepřízní navzdory** (Gordon & Coscarelli, 1996).

Zatímco někteří pojem používají coby synonymum pro odolnost, jiní pojem používají ve smyslu specifického druhu odolnosti (Baštecká & Goldman, 2001). K identifikaci resilience je užíváno množství různých metod (některé z nich budou popsány v kapitole 5. Metody a nástroje měření resilience), vztahujících se k podstatě resilience různou měrou. Přihlédneme-li ke skutečnosti, že resilience je mnohvrstevnatý konstrukt, který sestává z celé řady bio-psycho-sociálních zdrojů, z nichž některé jsou pro ni stěžejní, jiné spíše okrajové, pak lze resilienci označit jako fuzzy množinu.

1.1.1. RESILIENCE COBY DYNAMICKÝ PROCES

Přístup autorů k pojetí resilience je odlišný a výzkum zahrnuje různá pojetí. Nesoulad u odborné veřejnosti panuje v chápání pojmu jako osobnostního rysu v kontrastu s dynamickým procesem (Hermann et al., 2011). V současnosti však bývá stále častěji zdůrazňována proměnlivost charakteristiky, zejména s ohledem na vliv prostředí (např. Masten, 2014; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

V českých (Šolcová & Kebza, 1996; Kebza & Šolcová, 2008; Šolcová, 2009), jakož i v zahraničních zdrojích, bývá termín resilience užíván coby termín obecně označující psychickou odolnost, pojmy významově obdobné jako je hardiness, sebeuplatnění (self-efficacy), smysl pro soudržnost (sense of coherence), fortigeneze, které blíže popíše v následujícím oddíle, reprezentují představy autorů o povaze psychické odolnosti.

Slovy V. E. Frankla (2006, s. 168) „*Člověk je právě v mezních situacích vyzýván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen.*“ Obdobně pojítkem definic resilience jsou termíny jako kapacita, schopnost, kompetence a zátěžová situace, která umožňuje se resilienci projevit.

V souladu s nejnovějšími výzkumy a poznatky lze resilienci definovat jako **souhrnný výsledek dynamických procesů, které zahrnují pozitivní adaptaci v kontextu výrazně nepříznivých okolností** (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000), přičemž zvládnutí jednoho typu protivenství automaticky nepředpokládá úspěšné překonání překážek jiných (Šolcová, 2009). Naopak implicitním předpokladem je, že projevu resilience předchází vystavení jedince ohrožení či jinak závažné, negativním emočním afektem nabitě situaci a dosažení úspěšné adaptace náporu navzdory (Masten, Best & Garmezy, 1990). Při uplatnění resilience se tak uplatňuje celá řada vnitřních i vnějších faktorů jak osobnostních, tak i faktorů přicházejících z vnějšího prostředí, které s osobností interagují.

Dle Ruttera (1987) není nikdo obdařen odolností, která by byla vždy přítomná a kdykoli aplikovatelná. V jeho pojetí se tato odolnost různí:

- interindividuálně;
- situačně;
- sociálním kontextem;
- vývojově.

Definice pojmu se liší ve vztahu k otázce, zda konstrukt chápeme jako výsledek reakcí na stres či jako faktor, který se stresovou událostí interaguje a výsledek je pak produktem této interakce (Glantz & Johnson, 1999). Koncept je možné vnímat coby fenomén zmírňující vliv rizikových faktorů na výsledek situace anebo coby charakteristiku umožňující v potenciálně poškozující situaci dosáhnout příznivého vyústění, bez nežádoucích důsledků.

Resilienci lze pak z těchto hledisek chápat buď jako proměnnou, která se projeví ad hoc, skrze pozitivně vyústěnou situaci, teprve u jedinců, kteří jsou ohroženi negativními důsledky (Rutter, 1990; Masten, 1994) nebo jako obecný konstrukt, osobnostní kvalitu jedince, která apriorně umožňuje, aby i z ohrožujících situací vyšel nepoškozen (Cohler, 1987).

Cohler (1987) popisuje resilienci coby osobnostní charakteristiku. Jako příklad resilience coby trvalé osobnostní charakteristiky uvádí Cohler příklad dětí psychiatrických pacientů, které se nevzdávají ve svých snahách získat péči dospělého. Jsou schopny zapojit vnitřní sílu, kreativitu a prosociální dovednosti. Péči, jež se jim nedostává od nemocného rodiče, se snaží získat od jiného významného druhého, kterým se může stát někdo z rodinných přátel, příbuzných, nebo třeba vyučujících. V tomto smyslu by mohl být koncept ekvivalentní pojmu *hardiness*.

Lutharová (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) navrhuje pro odlišení resilience coby osobnostního rysu, který ovšem vystavení nepříznivým vlivům nevyžaduje, a dynamického procesu, který je spíše adaptivní reakcí na nepříznivou událost, pojmy ***resilience*** a ***resilience***. Navrhované řešení může pomoci s objasněním terminologie v anglosaském prostředí, překlad do češtiny to však zcela neřeší.

Čeští autoři proto navrhují, aby termín resilience byl chápán coby onen dynamický proces pozitivní adaptace na nepříznivé události a aby pro odolnost coby osobnostní rys byly nadále užívány pojmy *hardiness*, sebeuplatnění (*self-efficacy*) a smysl pro soudržnost (*sense of coherence*) (Šolcová & Kebza, 1996; Kebza & Šolcová, 2008; Šolcová, 2009).

Jedním z trendů v oblasti přístupu ke zkoumání a pojetí resilience je integrace obou zmíněných způsobů pojetí. Například Richardson (2002) v této souvislosti hovoří o procesu ***resilientní reintegrace***, kdy se resilience dosahuje skrze narušení a reintegraci, skrze zvládací proces, jež vrcholí sebe-rozvojem, růstem, porozuměním sobě sama, nalezení smyslu a zesílením kvalit resilience. Ungar (2007, 2010) komplexní pojetí resilience podporuje a přidává ještě kontext. Dle jeho pojetí je pak resilience komplexní fenomén, kdy dochází

k interakci jedince a jeho osobnostních charakteristik, temperamentu, charakteru, s prostředím (vnějším i vnitřním), což se děje v kulturně – sociálně – politicko - ekonomickém kontextu.

1.2. RESILIENCE COBY OSOBNOSTNÍ RYS A SOUVISEJÍCÍ POJMY

Jak jsem zmínila v předchozím oddíle, v definování konceptu resilience nepanuje jednoznačná shoda. Při zkoumání konceptu v českém prostředí může situaci dále znepřehlednit skutečnost, že zatím neexistuje český ekvivalent k pojmu **resiliency**, který by byl obecně přijímán a používán. Proto jsem se pro účely této práce rozhodla v souladu s českými autory (Šolcová & Kebza, 1996; Kebza & Šolcová, 2008; Šolcová, 2009) používat termín resilience jako dynamický proces pozitivní adaptace na nepříznivé události a s tímto pojetím dále pracovat v empirické části a pojmy jako je hardiness, self-efficacy a smysl pro soudržnost (sense of coherence), které blíže popíši v tomto oddíle coby ekvivalenty pro odolnost coby osobnostní rys. U každého ze zmíněných pojmů se pokusím o představení definic, krátké vysvětlení souvislosti s resiliencí a zároveň odlišení od tohoto konceptu, případně vyjasnění vzájemného vztahu daných konstruktů.

1.2.1. HARDINESS

S osobnostní odolností je v psychologii zkoumající salutoprotektivní vlivy úzce spjat pojem hardiness, který představila koncem 70. let Susanne Kobasová (Kobasa, 1979). Tento koncept vychází z existenciální psychologie resp. filozofie a charakterizuje jej schopnost využít své síly a potenciál k čelení obtížím, s nimiž se v životě setkáváme.

Je-li hardiness překládána češtinou, pak bývá autory překládána jako *nezdolnost* (Šolcová & Kebza, 1999; Kebza & Šolcová, 2008). Křivohlavý (1991, s. 59) tuto nezdolnost definuje jako „(...) *charakteristiku osobnosti, která umožňuje člověku zmírnit či ztlumit negativní vliv nepříznivých životních situací.*“

Jedinci s vysokou odolností ve smyslu hardiness jsou schopni náročné životní události zpracovávat s optimismem a přetvářet je v méně stresující formy. V tomto pojetí je odolnost chápána jako **dispozice, osobnostní rys**.

Jak uvádí Kobasa (1979) hardiness lze chápat jako soubor osobnostních rysů, pro které jsou charakteristické tři základní složky:

- **osobní zaujetí, závazek** (*commitment*) – víra v důležitost a hodnotu sebe samého, vlastních zkušeností a aktivit, ochota převzít zodpovědnost za danou situaci a plně se dané činnosti věnovat;

- **pocit kontroly** (*control*) – kontrola nad situací ve smyslu Rotterova (1966) *locus of control* či Antonovského (1979) smyslu pro koherenci (*sense of coherence*). Víra jedince v to, že má vliv na dění kolem sebe, že životní události a zážitky jsou do určité míry predikovatelné a že to jsou důsledky jednání jedince;
- **chápaní změny jako výzvy a příležitost k dalšímu rozvoji** (*challenge*) – víra v to, že změna je normální a představuje spíše pozitivní než ohrožující okolnosti.

Výše zmíněné komponenty hardiness umožňují zmírňovat ohrožující efekty stresujících životních událostí. Tzv. *hardy individuals* (jedinci s vysokou odolností ve smyslu hardiness) mnohem pravděpodobněji zvolí adaptivní zvládací strategie v kontrastu s těmi maladaptivními, jako je například popření či vyhýbání. Ve srovnání s méně odolnými lidmi interpretují ti více odolní náročné situace jako méně ohrožující a více kontrolovatelné, na dané situace reagují méně negativně a jejich fyziologické reakce na stres nejsou natolik výrazné (Wiebe, 2001).

1.2.2. SENSE OF COHERENCE

Vedle hardiness patří koncept smyslu pro koherenci (dále též Sense of coherence nebo SOC) k nejznámějším konceptům odolnosti. Autorem konceptu nezdolnosti ve smyslu SOC je izraelský sociolog medicíny Antonovsky (1985), který jej použil jako označení osobnostního rysu těch bývalých vězňů koncentračních táborů, kteří navzdory extrémní zátěži neutrpěli výraznější zdravotní újmu.

Antonovsky (1991, s. 725) definuje SOC jako: „*globální orientaci vyjadřující šíři, ve které daný jedinec disponuje všudypřítomným, přetrvávajícím a přitom dynamickým pocitem jistoty,*

- i. že podněty vnitřního i vnějšího prostředí jedince jsou strukturované, předvídatelné a vysvětlitelné,*
- ii. že jedinec disponuje zdroji potřebnými k zdolání nároků, které tyto podněty kladou,*
- iii. a že tyto nároky lze chápat jako výzvy hodné investice a zapojení se.“*

Smysl pro soudržnost se vytváří skrze životní zážitky (Antonovsky 1987). Oproti hardiness je v pojetí SOC kladen větší důraz na pozitivní emoce. Pozitivně koreluje s celkovým zdravím (Callahan & Pincus, 1995), nadějí (Coward, 1996), hardiness (Williams, 1990), a sestává ze tří komponent:

- srozumitelnost/pochopitelnost situace (*comprehensibility*);

- smysluplnost – stresová situace je vnímána jako výzva (*manageability*);
- vnímaná zvládnutelnost situace (*meaningfulness*).

Koherence může být vnímána jako aspekt sociální, aspekt skupinové soudržnosti, ale i jako vnitřní soudržnost na úrovni osobnosti. Podle Antonovského jsou konstrukty jako self-efficacy, locus of control, zvládací strategie zaměřené na problém, mistrovství (*mastery*) ceněné jen některými kulturami a subkulturami, zatímco SOC je univerzálně aplikovatelný napříč sociálními třídami, pohlavím, regionem, kulturou, přestože průměrná míra vlastnosti může být napříč kulturami odlišná (Antonovsky, 1991).

Z Antonovského SOC vychází Stümpferův (1999) model psychosociální odolnosti dospělých, v rámci kterého je resilience chápána v dynamickém pojetí, ovlivněna jak intrapsychickými zdroji jedince, tak i externím životním kontextem. V rámci svého modelu využívá Antonovského dimenze a připojuje k nim ještě naději na úspěch s ohledem na cíl či instrumentální činnost (*hope for success*) a podporu okolí (*social support*), hledanou a získanou. Výstupy jeho modelu pak jsou pozitivní pocity (*positive feelings*), posílené osobní zdroje (*personal resources*) a zvládací dovednosti (*coping skills*) a nakonec posílené mezilidské zvládání (*interpersonal coping*).

1.2.3. SELF-EFFICACY

Pojem self-efficacy, do češtiny dosud nejednoznačně překládaný jako sebeuplatnění, sebe-účinnost, vnímaná osobní zdatnost, zavedl A. Bandura (1997). Toto **subjektivní přesvědčení a důvěru jedince ve vlastní schopnosti ovlivňovat a řídit dění kolem sebe** se ukazuje jako důležitý protektivní faktor proti působícímu stresu. Souvisí úzce s kvalitou života, zvládáním těžkostí a rozvojem salutoprotektivního chování (Slezáčková, 2012). Dle Hoskovcové (2006) se vyvíjí v interakci se sociálním prostředím.

Self-efficacy, coby součást sebepojetí, ovlivňuje lidský život nejen ve vysoce stresujících situacích, má vliv na rozvoj motivace a přístup k životním výzvám, ovlivňuje rozhodování. Oproti tomuto resilience je definována adaptivním zvládnutím traumatických stresorů. Jejím předpokladem je výskyt ohrožující situace, kterou daný jedinec překoná (Schwarzer & Warner, 2012; Masten, 1994).

1.2.4. LOCUS OF CONTROL

Hovoříme-li o důvěře ve vlastní schopnosti ovlivňovat a řídit dění kolem sebe, o vnímané kontrole nad situací, nelze nezmínit Rotterův *locus of control* (LOC). Termín označující míru s jakou je daný člověk přesvědčen o tom, že je schopen kontrolovat a ovládat výsledky své

činnosti (Rotter, 1966). Autor rozlišuje na základě postoje k problémům, jimž člověk čelí, respektive očekávání a přesvědčení stran determinace vlastního chování a jeho důsledků, dvě skupiny:

- a) osoby s interním locus of control;
- b) osoby s externím locus of control.

Zatímco první zmiňovaní věří, že jejich jednání, schopnosti a úsilí přímo ovlivňuje výsledek, takzvaní externalisté připisují úspěchy i nezdary vnějším okolnostem a vlivům, jejich život určují vnější okolnosti, náhody, osud či druzí lidé a tedy oni sami na svůj život nemají zásadní přímý vliv. Vnitřní LOC je pak spojován se zodpovědností, vnější s přenášením odpovědnosti příp. obviňováním druhých (Baštecká & Goldmann, 2001).

Jak uvádí Kebza (2005) interní LOC představuje salutoprotektivní prvek, jakož i prvek s protektivním účinkem na osobní pohodu, a v podobě aktivních a účelných stylů zvládání souvisí s efektivnějším zvládáním komplikovaných životních situací, stejně jako se strategiemi předcházení nemocem. Internalisté tak bývají v porovnání s externalisty vnímáni jako odolnější.

1.2.5. (IN)VULNERABILITY

Vulnerabilita (zranitelnost) bývá autory označována jako protipól resilience (Anthony, 1987; Rauh, 1989; Kebza, 2005). Dle Rauha (1989, s. 165) může být popsána jako „*snížená flexibilita nebo adaptační potenciál*“. Autor považuje vulnerabilitu stejně jako resilienci jako relativně stabilní osobnostní charakteristiku dítěte.

V inventáři NEO-PI je vulnerabilita jednou ze subškál sytících škálu neuroticismu a je zde definována jako „*tendence nechat se pohltit naléhavými událostmi nebo stresovými situacemi, tendence jednat panicky*“. Je to dynamický koncept závisející na řadě faktorů od ekonomických, přes sociální, geo- a demografické, kulturní, institucionální ad. Jde o náchylnost či predispozice jedince být negativně ovlivněn nepříznivou situací.

V souvislosti s pojmem vulnerability je důležité zmínit též pojem *invulnerability* (nezranitelnost, nenáchylnost, odolnost), označující spíše statické pojetí, sebepojetí jedince jako nezranitelného, které vede k rizikovému chování (Burger & Burns, 1988; Lapsley & Hill, 2010; Mbaye & Kouabenan, 2013).

Zatímco resilienci můžeme chápat jako schopnost systému odpovídat a vzpamatovat se z ohrožující události (včetně schopnosti absorbovat důsledky, zvládnout jak danou situaci, tak

i následnou adaptivní odpověď, schopnost změnit se a něčemu se z události naučit), vulnerabilita je inherentní charakteristikou, která vytváří potenciál pro poškození, náchylnost vůči poškození a bezmoci (Gallopín, 2006).

Obrázek 1 Vztah konceptu Vulnerability a resilience v literatuře modifikovaně dle Cutter et al. 2008



Vulnerabilita a resilience představují dva velmi blízké avšak zároveň rozdílné koncepty. Vymezení odlišnosti se u autorů liší v závislosti na definici, kterou vyznávají, disciplíně, které se věnují a na osobních preferencích (Cutter et al., 2008). Pojímali-li bychom vulnerabilitu coby kapacitu reagovat na změny, pak lze resilienci chápat jako jednu z jejích možných komponent. V literatuře se lze setkat s pojetím, kdy jsou resilience a vulnerabilita na protilehlých koncích stejného kontinua, ale i s resiliencí coby komponentou vulnerability. Nejčastěji se pak lze setkat s pojetím vulnerability coby zastřešujícího pojmu pro rizikové faktory (Hoskocová, 2006; Luthar & Zigler, 1991).

1.2.6. PSYCHICKÁ FLEXIBILITA

V souvislosti se studiem resilience se v odborné literatuře (Bond et al. 2011; Ben-Itzhak, Bluvstein, Maor, 2014; Ray-Sannerud, Heron, 2015) v posledních letech hovoří o schopnosti psychické flexibility, tedy schopnosti flexibilně přijímat vlastní vnitřní prožívání, ať už příjemné či nepříjemné. Tato flexibilita sestává ze dvou úrovní (Bond et al., 2011):

1. Akceptace (*acceptance*) – schopnost přijmout vlastní psychické zážitky bez potřeby je kontrolovat, měnit či se jimi nechat ovlivňovat, což umožňuje efektivnější využití vlastní energie, která by v opačném případě byla uplatňována na zvládání nebo potlačení nepříjemných prožitků.
2. Vyhýbání se (*avoidance*) – tendence vyhýbat se nepříjemné zkušenosti, která je mnohdy spojena s vyhýbavými copingovými strategiemi a vede častěji ke vzniku psychopatologických jevů.

1.3. RESILIENCE VŮČI TRAUMATU

Je zajímavé, že počátek zájmu o zkoumání resilience u dospělých byl úzce spojen s reakcemi na akutní životní události, přitom u dětí, u nichž se s výzkumy začalo dříve a v daleko masivnějším měřítku a které jsou těmto akutním situacím vystavovány obdobně často, výzkumy resilience v kontextu akutní reakce na stres tak časté nebyly (častěji byly podrobovány zkoumání dlouhodobě ohrožující podmínky).

Dle Cairnsové (2013) má zkušenost s traumatem a ztrátou transformační potenciál, na jehož základě mohou vznikat nové kvality. Potenciálně traumatizujícími událostmi se rozumí „(...) *vysoce stresující životní události, které zahrnují aktuální či hrozící smrt nebo vážné zranění, které má potenciál vyústit ve vážnou psychologickou újmu.*“ (Hayslip & Smith, 2012, s. 190).

Tradičně byly potenciálně traumatizující události zkoumány v kontextu psychopatologie, např. posttraumatické stresové poruchy a v posledních letech také komplikovaného truchlení (chronické, hypertrofované, odložené a traumatické truchlení) (Praško et al., 2012). Ukazuje se však, že v návaznosti na potenciálně traumatické události neleží pouze „extrémní“ póly patologie a absence patologie.

Resilientní odpověď na potenciálně traumatizující událost je charakterizována přechodnými symptomy s minimálním poškozením a relativně stabilní trajektorií fungování nedlouho po expozici traumatizující události, čímž se liší od „pouhého“ uzdravení (*recovery*), případně odloženého distresu (*delayed distress*), kdy jedinec zpočátku jeví jen mírné symptomy, které se však po čase zhorší (Hayslip & Smith, 2012).

Taktéž je třeba resilienci vůči traumatu odlišit od rezistence, neobvyklé kapacity nezažít nerovnováhu důsledkem potenciálně traumatizující události (Bonanno, Westphal & Mancini, 2012). Resilientní jedinci oproti resistantním určitou míru distresu pocítují, dle Bonanna (2004) je ovšem navíc charakterizují generativní zážitky a pozitivní emoce ohrožující situaci navzdory.

Podle vývojových psychologů se děti, kterým se podaří úspěšně zvládnout milníky daných vývojových etap, mohou vyvíjet normálně, zničujícímu prostředí navzdory, mají-li k dispozici protektivní faktory jak na úrovni osobnosti, tak i ve svém okolí (Masten, Best & Garmezy, 1990; Werner & Smith, 1982). Totéž platí pro resilienci vůči traumatickým událostem.

Současné studie naznačují, že resilience vůči traumatu úzce souvisí s pohlavím, věkem, vzděláním, mírou exponování traumatu, s osobnostními charakteristikami (např. nízká negativní afektivita, vnímaná vlastní účinnost), se socio-ekonomickými zdroji, minulými i stávajícími stresory, apriorně pozitivním vnímáním světa, s kapacitou pro pozitivní emoce (Bonanno, Westphal & Mancini, 2012). Podrobnější informace o tom, co vše může mít vliv na míru resilience, bude předmětem dalších kapitol, zejména pak kapitole věnované protektivním faktorům.

2. ZDROJE RESILIENCE, RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Jak jsem již zmínila v kapitole věnované definování pojmu resilience, v současnosti převládá příklon k pojmání resilience coby dynamického fenoménu, který se děje v rámci určitého kontextu, určitého systému. Z tohoto pohledu je resilience nutně proměnlivou kapacitou a adaptace se projevuje v celé řadě úrovní (Masten, 2014).

Předpokladem projevu resilience je prožití nepříznivé zkušenosti (*adversity, adverse event*) a následná adaptace. Dle Greenové (2010) je adaptace výsledkem rovnováhy mezi stresovými faktory a dostupnými zdroji resilientního jedince.

Cílem následující kapitoly je seznámení se s faktory, jež se ukazují být z hlediska žádoucí adaptace jedince rizikové či protektivní. S ohledem na multidimenzionalitu a komplexnost fenoménu resilience bude věnována pozornost rozboru protektivních faktorů s ohledem na prostředí a kontext. V závěru této kapitoly uvedu souhrn protektivních faktorů na různých úrovních, od jednotlivce až po komunitu.

2.1. RIZIKOVÉ FAKTORY

Všechny definice předpokládají, že resilientní jedinec dosáhne žádoucího výsledku situace, případně bude schopen předejít nežádoucímu výsledku, ovšem v návaznosti na vystavení se riziku. Rizikové faktory tak v kontextu projevů resilience hrají nezastupitelnou roli. Variabilita definic konceptu je spjatá také s variabilitou toho, co lze chápat jako rizikový faktor.

Jako rizikové faktory můžeme vnímat například (Rauh, 1989):

- ***pravděpodobné negativní dopady*** - např. smrt, kriminální chování, užívání drog, vyloučení ze školy;
- ***predikující proměnné*** - např. komplikované těhotenství či porod, vývojová retardace, socioekonomický pokles;
- ***neuspokojivé životní podmínky*** – např. konflikty v rodině, chudoba, nehostinné životní prostředí.

Obdobně Wernerová (1996) uvádí jako vysoce rizikové faktory chudobu, perinatální komplikace, vývojové nepravidelnosti a retardace, genetické abnormality a psychopatologie v rodině.

Dle Mastenové (2014) se mezi rizikové faktory řadí například chudoba, konflikty v nukleární rodině, násilí, trauma, nemoci, postižení, ale i přírodní katastrofy s jejich dalekosáhlými a dlouhodobými dopady. Nejen v současných dnech se dále můžeme setkat s osobami zasaženými válečnými konflikty, terorismem, genocidou. Právě násilí, války a smrt rodiče označuje autorka (Masten & Coatsworth, 1988) za nejzávažnější rizikové faktory ohrožující zdravý psychický vývoj jedince.

Poměrně ucelenou definici rizikových faktorů nabízí například Šolcová (2009, s. 13) podle které jsou rizikové faktory resp. rizika „*environmentální stresory, které zvyšují u dítěte pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti fyzického zdraví, mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení. Obvykle se jedná o traumatické životní události, socioekonomické znevýhodnění, rodinný konflikt, dlouhodobé vystavení násilí, a vážné problémy rodičů jako je alkoholismus, závislost na drogách, kriminální jednání nebo duševní choroba.*“

Rutter (1987) dokonce hovoří o *trajektorii rizika a kumulativním efektu rizikových faktorů*, kdy se přítomností jednoho rizikového faktorů zvyšuje pravděpodobnost zřetězení s druhým atd. Autor doporučuje snižovat pravděpodobnost vystavení se nepříznivé situaci, případně pracovat se vnímáním celé situace. Zmírnění negativního dopadu daných faktorů pak lze dosáhnout zmírněním dopadu rizika a/nebo zmírněním negativního vlivu řetězení těchto rizikových faktorů.

Otázkou je, zda je reakce jedince dána jeho resiliencí anebo invulneribilitou (nezranitelností), která může být dána sociopatií, resp. indiferentním přístupem ke světu a dění kolem sebe (Anthony, 1987). I z tohoto důvodu považuji za nutné zajistit, aby autoři výzkumů spojených s problematikou resilience vždy vyjasnili, jak konstrukt chápou a jak definují rizikové faktory. Z hlediska těchto definic pak vyplývají tři základní komponenty:

- výsledek ohrožující situace – z hlediska významu resilience je nutné chápat, co je vnímáno jako žádoucí a nežádoucí výsledek situace;
- rizikové faktory;
- protektivní faktory.

V každém případě lze z výzkumů a studií o resilienci a spřízněných konceptech vysoudit, že rizikové faktory mají svůj protipól ve faktorech protektivních, které se mohou taktéž kumulovat a jejich salutoprotektivní vliv vzájemně posilovat.

2.2. PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Conrad a Hammen (1993, s. 594) definují protektivní faktor jako takový činitel, který „(...) *zmírňuje účinky stresující či rizikové situace tak, že je jedinec schopen se adaptovat na danou situaci úspěšněji, než kdyby daný ochranný faktor nebyl přítomen.*“ Protektivními faktory lze rozumět zdroje umožňující člověku čelit náročným životním událostem. Tyto specifické kompetence jsou podmínkou resilience (Dyer & McGuiness, 1996).

Jak uvádí Šolcová (2009), není nezajímavé, že se odborná veřejnost snadněji shoduje na škodlivých faktorech oproti protektivním, u kterých se zatím žádná univerzálně platná sada faktorů, jež by byla obecně přijímána, neobjevila. Jak uvedu na následujících stránkách, některé z faktorů se však opakují pravidelně.

Garnezy (1993) kategorizuje protektivní faktory do následujících tří základních kategorií:

- **temperament a osobnostní charakteristiky**, jako je míra aktivity, kognitivní schopnosti, vstřícný postoj k druhým;
- **rodinné zázemí** ve smyslu vřelosti vztahů, soudržnosti rodiny a přítomnosti pečující osoby;
- **dostupnost sociální podpory.**

Obdobně Wernerová a Smithová (1992) identifikovaly na základě své longitudinální studie na Havajských ostrovech⁴ tři skupiny faktorů odlišujících resilientnější děti od těch méně resilientních:

- minimálně průměrný **intelekt a kognitivní schopnosti** v kombinaci s přívětivým, prosociálním jednáním;
- laskavé a vřelé **vztahy** s dospělými;
- **schopnost navázat kontakt** s místními institucemi a podpůrnými organizacemi (např. škola, církve, mládežnické skupiny).

Z Ungarovy (2007) mezinárodně provedené kvalitativní studie mladistvých vyvstalo sedm skupin zdrojů podporujících resilienci zkoumaných osob. Ti jedinci, kterým se podařilo získat všechny⁵ ze zmíněných zdrojů, byli hodnoceni ostatními i v rámci sebehodnocení coby resilientní. Jaké zdroje studie identifikovala?

⁴ Tato longitudinální studie kohorty 698 dětí byla blíže popsána v úvodu práce

⁵ V rámci studie se neukázalo, že by některý ze zdrojů měl vyšší či nižší význam.

- **Přístup k materiálním zdrojům** – od přístupu k jídlu, oblečení a přístřeší, přes vzdělání a přístup k lékařské péči, až po zaměstnatelnost;
- **Vztahy** – s významnými druhým, vrstevníky, rodinnými a komunitními příslušníky;
- **Identita** – osobní i kolektivní vnímání smyslu, aspirace, hodnotový rámec, vnímání vlastních silných a rozvojových stránek, duchovní identita;
- **Síla a kontrola** – péče o sebe a ostatní, možnost být příčinou změny v prostředí,
- **Příslušnost ke kultuře** – dodržování kulturních zvyků a s nimi souvisejících hodnot a přesvědčení;
- **Společenská spravedlnost** – nalezení smysluplné role ve společnosti, rovnoprávnost;
- **Soudržnost** – pocit sounáležitosti k něčemu přesahujícímu, rovnováha zájmů a zodpovědnosti vůči vyššímu dobru.

V českém prostředí a u dospělé populace upozorňoval pan profesor Matějček (Matějček & Dytrych, 1998) v rámci protektivních vlivů dále na význam tělesné zdatnosti, volby vhodného zaměstnání a úspěšnosti v této roli, vyspělou sexualitu, funkční manželské soužití a sdílení péče o dítě s citově zralou a kompetentní osobností. Garnezy (1991) přidává smysl pro humor, nízkou míru agresivity, pocit osobnostní síly a vnitřní místo kontroly (*interní locus of control*).

Protektivní faktory lze tedy hledat na úrovni jedince, rodiny, či komunity, respektive na úrovni širšího okolí ve smyslu sociálně – kulturním. Způsoby, jakými resilience coby salutoprotektivní charakteristika projevuje svůj vliv, rozděluje Kebza a Šolcová (Kebza & Šolcová, 2005, s. 4) do dvou základních skupin:

- a) Přímý – přímý vliv na fyziologické procesy, resilience funguje jako mediátor
- b) Nepřímý – uplatňuje se při kognitivním zhodnocení a při výběru vyrovnávacích strategií, resilience zde funguje jako moderátor.

2.2.1. PROTEKTIVNÍ FAKTORY S OHLEDEM NA PROSTŘEDÍ A KONTEXT

Odpověď jedince na danou situaci se děje vždy v určitém prostředí, kontextu sociálním, kulturním aj. Toto prostředí může tvořit celou směs protektivních, rizikových, ale i neutrálních faktorů. Na nutnost brát v potaz celý socio-kulturní kontext, ve kterém zkoumaný jedinec žije, včetně významu kulturních specifik upozorňuje například Ungar (2011), který

dokonce sociálně – ekologické faktory (jako je podpora rodiny, komunity, skupiny obyvatel) klade svým významem nad individuální protektivní faktory, přičemž argumentuje tzv. sociálně ekologickými teoriemi resilience, podle kterých děti prospívají dobře ohrožujícímu prostředí navzdory, dostává-li se jim dostatečná podpora od *sociálních ekologií*.

Níže přikládám schéma navržené Lernerem (2012) zohledňující aspekty kontextu hrající roli při rozvoji resilience zohledňující teorie vývojových systémů.

Obrázek 2 Model vztahu jedince a kontextu dle Lerner et al. 2012, s. 290

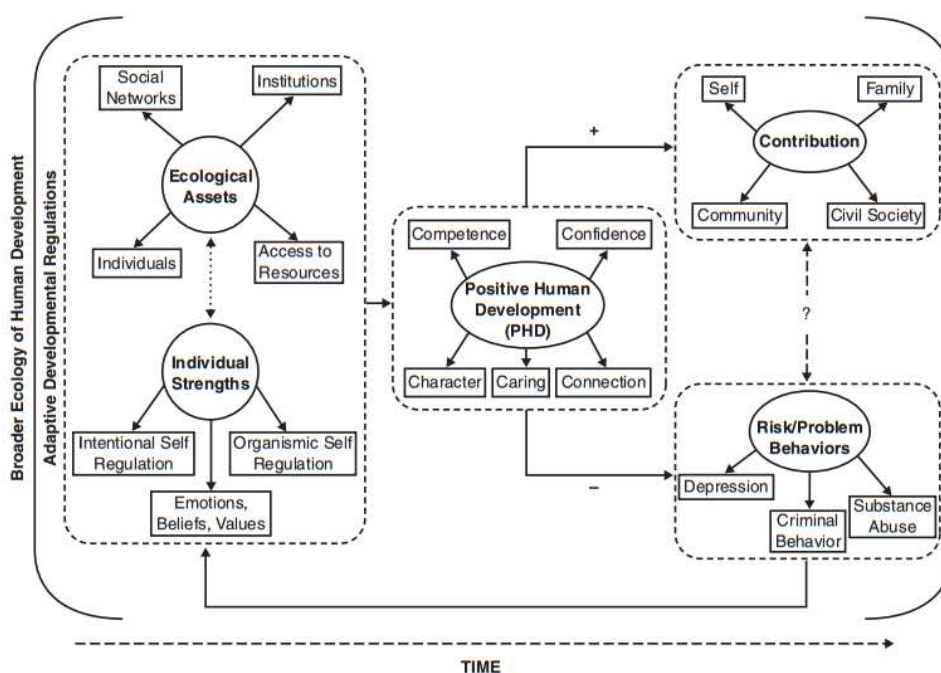


FIGURE 14.2 A relational, developmental systems model of the individual ↔ context relations involved in resilience.

2.2.2. PROTEKTIVNÍ ÚROVNI JEDINCE

Kumfer s Hopkinsem (1993) identifikovali sedm základních protektivních faktorů na úrovni osobnosti, které mají pozitivní vliv na rozvoj resilience. Těmito faktory jsou:

- Optimismus
- Empatie
- Vhled
- Intelekt
- Sebedůvěra
- Směřování ve smyslu vize, mise
- Determinace
- Vytrvalost/houževnatost (*perseverance*)

Dle Ruttera (1987) jsou to:

- Sebedůvěra a sebejistota;
- Víra ve vlastní účinnost, schopnost změnu zvládnout a adaptovat se na ni;
- Širší repertoár přístupů k řešení problematických situací v sociálním kontextu.

Rutter (1987) dále věřil v to, že děti s přirozeným/nenuceným temperamentem (*easy temperament*), jejichž chování a emoční reakce jsou předvídatelné a vyrovnané a jejichž přistupování k novým situacím je aktivní, mají pro rozvoj resilience lepší předpoklady, než děti, jejichž temperament lze považovat za komplikovaný, resp. obtížný (*difficult temperament*).

Jak můžeme vidět, mezi protektivní faktory řadí autoři strategie na úrovni osobnostní, sociální i kognitivní. Potenciálně ohrožený jedinec volí z řady dostupných možností, a na základě vyhodnocení situace se rozhodne, jak se k situaci postaví (ať už skrze vědomý či nevědomý proces). Pro resilientní jedince bývá typická inteligence, vyšší vnímaná sebehodnota, autonomie, aktivní přístup k řešení problémů, vnímání sebe sama jako někoho, kdo má vliv na dění kolem sebe (Losel, Bliesener & Kofler, 1989).

Šolcová (2009) uvádí seznam proměnných, které dle různých autorů odlišují jedince odolné, resilientní, od těch méně odolných. Tyto proměnné, někdy označované jako salutoprotektivní či nárazníkové (*buffering*) charakteristiky, totiž mívají pozitivní vliv na odstranění či zmírnění škodlivých účinků stresu a to buď skrze vliv přímý projevující se na úrovni fyziologických procesů či skrze vliv nepřímý, kdy se daná charakteristika uplatní po kognitivním zhodnocení a následném výběru strategie zvládání stresu. Mezi zmíněné faktory patří (Šolcová, 2009, s. 55):

- Chování typu A, B
- Sense of Coherence
- Hardiness
- Optimismus
- Locus of Control
- Atribuční styl
- Explanační styl
- Sebevědomí
- Osobní kontrola

- Resourcefulness (*zásobenost zdroji*)
- Negativní afektivita vs. stabilita

2.2.3. PROTEKTIVNÍ FAKTORY NA ÚROVNI SKUPINY, KOMUNITY, KULTURY

V případě zkoumání resilience na úrovni skupiny je pozornost častěji věnována skupinám plnící nějaký náročný úkol v situacích, jež mají potenciál stát se extrémně stresující,⁶ případně skupinám z prostředí psychologie sportu.⁷

Autoři japonské studie zaměřené na resilienci skupin (Ozeki, Yonezawa, & Negayama, 2015) ji definují jako **kompetenci skupiny vzchopit se z ohrožující situace a udržet aktivitu** skrze čtyři klíčové schopnosti:

1. Schopnost zabránit nežádoucím incidentům
2. Schopnost zajistit, aby se důsledky nežádoucích incidentů nezhoršovaly
3. Schopnost zotavit se z události, pokud se objevila
4. Schopnost udržet komunitu aktivní, důsledkům negativní události navzdory

Šolcová (2009) dále uvádí vnitřní faktory, jež mohou mít vliv na odolnost skupiny:

- a) **Heterogenita skupiny** – rozmanité skupiny vykazují nižší míru konfliktů
- b) **Kulturní rozdíly** – přestože heterogenita nevede k vyšší míře konfliktů, může se stát zdrojem chyb souvisejících mj. s odlišnostmi v postojích (např. kulturně podmíněná ochota jednat podle pravidel, očekávání od role vyplývající z hierarchické struktury ad.)
- c) **Pohlaví** – přítomnost žen potencuje u mužů snadnější vyjádření pocitů a emocí a na druhé straně přítomnost mužů u žen snižuje míru stěžování si u žen
- d) **Skupinová dynamika** – v rámci kohezivních, uzavřených skupin se může vytvořit fenomén tzv. *skupinové jednomysli (groupthink)*, kdy jsou členové skupiny schopni dojít v krizové situaci rychlého konsenzu, rozhodnutí či akce, kterou by třeba za jiných okolností jednotlivci sami nepřijali.

Reakce skupiny na ohrožující situaci mohou vést k různým důsledkům, od negativních až patologických, přes revitalizační, až po pozitivní, vedoucí k posílení skupiny a vnímaného well-beingu (Sonn & Fisher, 1998).

⁶ Příkladem takového projektu může být např. mezinárodní projekt MARS 500, na jehož realizaci se podílela celá řada českých vědců a psychologů, případně Štola 88.

⁷ Zde může být příkladem studie týmové resilience rugby týmu vyhrávajícího opakovaně Světový pohár (Morgan, Fletcher, & Sarkar, M., 2015)

V literatuře věnované tématu odolnosti se lze setkat i s resiliencí na úrovni celé komunity, obce, kultury. U katastrof, které zasahují vyšší počet osob (příkladem mohou být přírodní katastrofy jako nedávné zemětřesení v Nepálu, na Haiti, požáry na Borneu či třeba dopady hurikánu Katrina), jsou obyvatelé zasažených lokalit mnohdy odkázáni na komunitní oporu a schopnost zvládat ohrožující situace coby komunita. Jiným příkladem ohrožující situace může být ekonomická krize, jejíž dopady nalezneme mnohdy napříč společnostmi. Tyto a další negativní události vedou mnohdy k patologickým důsledkům, ovšem není tomu tak vždy. V rámci komunit totiž mohou vznikat (a mnohdy vznikají) i takové procesy a mechanismy, které zajistí záchranu kulturní identity a pozitivního rozvoje členů skupiny.

Komunitní resilience je komplexní konstrukt zahrnující sociální aspekty (jako je vůdcovství, kolektivní účinnost, sociální koheze a spjatost s místem) a fyzikální dimenze (například infrastruktura, služby, bezpečnostní prostředky aj.) (Cutter et al., 2008)

Protektivními faktory mohou být na této úrovni například sociální propojení (*connectedness*) a soudržnost komunity (*cohesion*) (Šolcová, 2009), fyzické zdraví dané komunity (Cohen et al., 2016), ekonomický, sociální a environmentální kapitál dané komunity (Cutter et al., 2008), schopnost reagovat na nové situace změnou spíše než ulpíváním ve statusu quo. Stejně jako tomu bylo na úrovni jedince, je i pro resilientní komunity dle Fourniera (2012) typická pro-aktivita, schopnost pomoci si uvnitř komunity, kompetence ovlivňovat lokální dění, sebeřízení, adaptabilita. Magis (2010, s. 402) uvádí, že: „*členové resilientní komunity záměrně rozvíjí osobní a kolektivní kapacitu skrze odpovídání na a ovlivňování změn, snaží se zachovat a obnovit komunitu a vytvářet nové dráhy pro budoucnost této komunity.*“

Zajímavý vstup přinesla izraelská studie (Cohen et al., 2016) zkoumající vztah mezi komunitní resiliencí a věkem. Dle této studie přispívali signifikantně k nárůstu v komunitní resilienci v krizových situacích zdraví senioři ve věku 61 -75 let.

Pojem resilience kultury se vyvinul z pojmu *kontinuita kontroly* (Šolcová, 2009, s. 74). Ukazuje se, že vnímaný pocit kontinuity kultury posiluje u jejích příslušníků i pocit vlastní kontinuity a chrání před sebepoškozujícím jednáním (Chandler & Lalonde, 1998). Naopak za nejrizikovější faktory je vnímán rasismus a historická ztráta (typická například pro kultury, které prošly genocidou, násilnou kolonizací, apartheidem) (Armenta, Whitbeck, & Habecker, 2016; Fleming & Ledger, 2008).

V tabulce uvedené níže přikládám souhrn protektivních faktorů na různých úrovních, od jednotlivce až po komunitu tak, jak je uvádí Šolcová (2009, s. 43-44).

Tabulka 1 Souhrn protektivních faktorů na různých úrovních modifikovaně dle Šolcové, 2009, s. 43-44

| Protektivní faktory/zdroje resilience | Protektivní mechanismus |
|---------------------------------------|--|
| Individuální úroveň | |
| Konstituční resilience | Pozitivní temperament Statný (<i>robust</i>) neurobiologický systém |
| Sociabilita | Citlivost (<i>responsiveness</i>) k ostatním Prosociální postoje Citová vazba (<i>attachement</i>) k ostatním |
| Intelligence | Školní výkon Plánování a rozhodování |
| Komunikační dovednosti | Rozvinutá řeč Čtenářské dovednosti |
| Osobnostní charakteristiky | Tolerance k negativním emocím Sebeuplatnění (<i>self-efficacy</i>) Sebevědomí (<i>self-esteem</i>) Pozitivní sebepojetí (<i>foundational sense of self</i>) Vnitřní lokalizace kontroly Smysl pro humor Nadějeplnost (<i>hopefulness</i>) Strategie zvládání stresu Trvalý hodnotový systém Vyvážený pohled na zkušenosti (<i>balanced perspective on experience</i>) Tvárnost a pružnost Mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání |
| Úroveň rodiny | |
| Podporující rodina | Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc Soudržnost a péče v rodině Blízký vztah s pečujícím dospělým Víra v dítě Neobviňování Vzájemná manželská opora Talent nebo koníček, který je ostatními oceňován |
| Socioekonomický status | Materiální prostředky |
| Úroveň komunity | |
| Školní zkušenosti | Podporující kamarádi / vrstevníci |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Pozitivní vliv učitele Úspěch (školní nebo jiný, kupř. sportovní, technický, apod.) |
| Podporující komunita | Víra v jedince Netrestání |
| Zdroje na úrovni kultury | |
| | Tradiční aktivity Tradiční spiritualita Tradiční jazyk Tradiční medicína |

Z hlediska posuzování protektivních a rizikových faktorů je třeba brát v úvahu kontext, v němž se ten který jedinec pohybuje. Tento kontext může být tvořen nejrozličnějšími faktory od osobnostních a vývojových charakteristik, přes rodinné prostředí až po souvislosti na úrovni společnosti či kultury, které zároveň nabývají na různé důležitosti s ohledem na odlišné fáze vývoje. Jde o celoživotní proces s pohledem upřeným vpřed.

2.3. RESILIENCE RODINY

Před více než třiceti lety profesor z Univerzity v Oklahomě, Dr. Nick Stinnett, tzv. profesor rodinných vztahů (*a family relations professor*), založil hnutí, jehož cílem bylo zaměřovat se na silné stránky rodiny oproti slabinám. Obdobě, jako tomu bylo u dalších průkopníků resilience, i on navrhoval, aby se odborníci v práci s rodinami soustředili na hledání protektivních prvků. Resilience rodiny, navazující nejen na jeho práci, se v posledních letech těší stále většímu zájmu odborné veřejnosti.

Vznikají organizace, které se skrze programy primárně zaměřené na posilování resilience zabývají wellbeingem a zdravím, péčí o děti a další rodinné příslušníky, podporují zdravý vývoj dětí a mladistvých, berou v potaz specifika rodin imigrantů, snaží se podpořit dysfunkční rodiny ad. Dle *Národní sítě pro resilienci rodiny* (National Network for Family Resiliency, 1995) se pod pojmem rodinné resilience skrývá schopnost kultivovat silné stránky, které rodině umožní čelit náročným životním výzvám a v návaznosti na setkání se s výzvou či krizí se vrátit na předchozí úroveň fungování.

Resilienci na úrovni rodiny je věnována pozornost zhruba od poloviny 90. let minulého století. Zájem o pozitivní aspekty v rámci rodiny tak kopíruje trend odklonu od zkoumání zaměřeného primárně na patologie napříč různými oblastmi zkoumání v psychologii. Přestože

v mnohém je výzkum resilience rodiny inspirován studiem jednotlivců, koncept na úrovni rodiny je ještě komplexnější problematikou.

2.3.1. PROTEKTIVNÍ A RIZIKOVÉ FAKTORY NA ÚROVNI RODINY

U zkoumaných rodin z chudého prostředí, které se vyznačovaly resiliencí nehostinnému okolí navzdory, identifikoval Garmezy s Neuchterleinem (1972) uklizenou, čistou domácnost s větším množstvím knížek, rodiče, jejichž role je jasně vydefinovaná (nedocházelo zde k mísení rolí matka-sourozenec-kamarádka), přistupování k členům domácnosti coby jedinečným osobnostem. U dětí se ukázalo být důležitým, aby měly na své straně alespoň jednoho dospělého. Na druhu stranu, jak upozorňuje Šolcová (2009), v prostředí plném sociálních rizik protektivní vliv rodiny slábne.

Jako charakteristiky významné pro míru resilience rodiny, označuje Walshová (2002) následující:

- **víra členů rodiny v sebe sama**, vlastní kompetentnost a schopnost držet při sobě při konfrontaci s protivenstvím,
- **adaptabilita a vzájemná podpora** rodiny v oblasti bio – psycho – sociálně – ekonomické,
- **efektivní komunikace** uvnitř rodiny, otevřenost, zaměření na řešení.

V české literatuře můžeme dohledat definici resilience rodiny u Břicháčka (2002, s. 10), který ji definuje coby: „(...) *dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi.*“ U téhož autora nacházíme i významné faktory rizikové a protektivní:

a) Rizikové faktory:

- nízký socioekonomický status rodiny,
- dlouhodobě působící negativní podmínky,
- traumatizující události,
- proměnlivost v nárocích stávající společnosti.

b) Protektivní faktory:

- rodinná soudržnost,
- flexibilita rodinných rolí a vztahů,
- vzájemně otevřená a srozumitelná komunikace,

- ochota a kompetence řešit a zvládat konflikty a krizové situace,
- shoda v chápání a pojetí smyslu a úkolů rodiny.

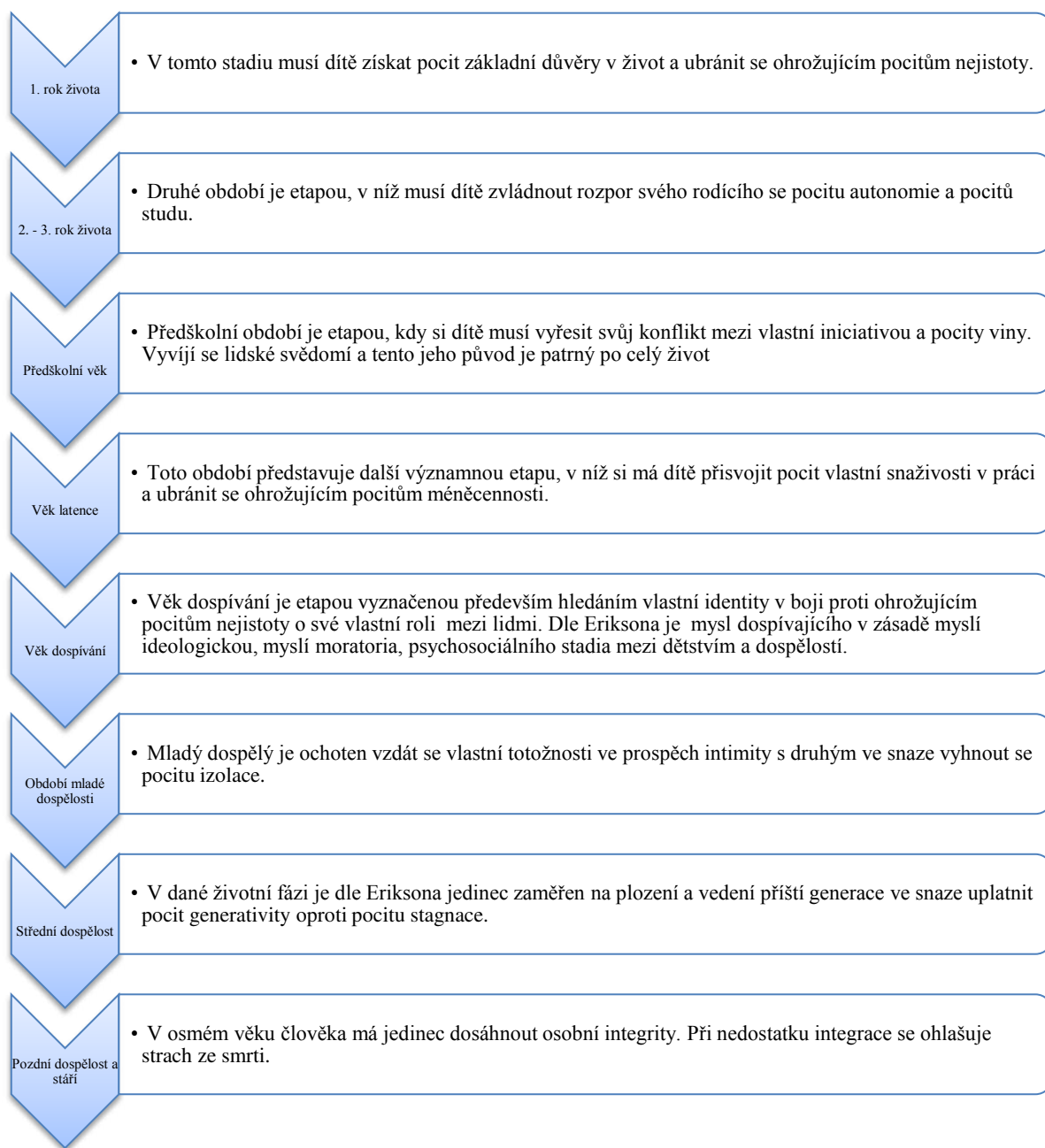
I s ohledem na svou vlastní zkušenost s fyzickým traumatem (poraněním páteře), vnímám jako extrémně důležité zabývat se při zkoumání resilience rodinou, jelikož jen málokdy je nepřízní osudu zasažen jediný člověk, spolu s ním je situací ovlivněn celý systém, ve kterém se nachází. Jednotliví rodinní příslušníci se navzájem ovlivňují, děti přejímají vzorce, které vidí u svých sourozenců, rodičů, příbuzných, rodiče se zas neustále dotváří na základě zpětné vazby od svých potomků.

3. RESILIENCE DLE PŘÍLUŠNOSTI K VĚKOVÉ KATEGORII

Jak bylo zmíněno v závěru přechozího oddílu, resilience může být celoživotní charakteristikou, ale i procesem, cestou s různými obměnami napříč vývojem. Přestože průkopníci v počátcích výzkumů resilience se zaměřovali především na zkoumání odolnosti u dětí (Garmezy, 1987; Masten, Best & Garmezy, 1990; Werner & Smith, 1982), resilience může nabývat různé intenzity a kvality v každém životním období. Mohou ji ovlivňovat odlišné proměnné. Zároveň resilience projevená v dětství automaticky nezakládá resilienci v dospělosti a naopak. Tato kapitola proto bude věnována rozboru resilience dle příslušnosti k jednotlivým věkovým kategoriím s jejich společnými znaky, ale i specifiky, od dětství až po stáří.

Dle Mastenové (2013) dopad té které zkušenosti souvisí s úzce s vývojovým obdobím, ve kterém se daný jedinec právě nachází. V průběhu života přichází celá řada vstupů, které jsou mnohdy spojeny právě s danou vývojovou fází. Dle Eriksona (1997) čelí člověk v jednotlivých životních stádiích vývojovým úkolům (přehled dle Langmeiera a Krejčířové, 2007, uvádím v tabulce níže), jejichž splnění je předpokladem dalšího psychosociálního rozvoje.

Obrázek 3 Osm stádií psychosociálního vývoje dle Eriksona, modifikovaně dle Langmeier, Krejčířová, 2007, s. 243 – 244



V souladu s interakční teorií vývoje je i resilience chápána jako dynamický proces, zdůrazňující holistický přístup ke zkoumání vývoje, interakcionismus, holismus, interdisciplinaritu a longitudinální studium jedince, který se vyvíjí jako integrovaný, komplexní a dynamický celek a v systému jedinec-prostředí hraje aktivní, uvědomělou roli (Blatný et al., 2010).

Chápeme-li resilience jako koncept poukazující na vztah mezi jedincem a prostředím, který má adaptivní vyústění, pak resilience reflektuje individuální well-being v daném

časovém období, je dynamickým rysem proměnlivým v čase a měla by být zkoumána longitudinálně, v průběhu celého života resp. napříč věkovými kategoriemi.

3.1. RESILIENCE DĚTÍ

Budeme-li vycházet z konsenzu vývojových psychologů, kteří období dospívání řadí k cca 11/12 letům věku (Vágnerová, 2005; Langmeier & Krejčířová, 2007), pak lze říci, že dětství počíná porodem a končí desátým rokem života.⁸ Pokud bychom hledali období, v rámci kterého se děje nejvíce psychofyzických změn, bylo by to nejspíše právě těchto prvních deset let, kdy dochází k pozoruhodnému rozvoji na úrovni fyzické, kognitivní, sociální i emocionální (Piaget, 1952; Skinner, 1951; Vágnerová, 2005).

V raném dětství se zakládá osobnost jedince, dítě má možnost si získat bazální důvěru vůči světu, druhým a sobě samému, prožívat svět kolem sebe jako čitelný a smysluplný (Bowlby, 2010). A jsou to právě rané zážitky z dětství, které mají na naši schopnost čelit nepříznivým životním událostem ohromný vliv. Hlubší vhled a pochopení toho, proč jsou některé děti resilientnější než jiné může pomoci při tvorbě intervencí, které děti lépe připraví na zvládání stávajících a/nebo budoucích strastí. Snad i proto byla dosud ve výzkumu resilience věnována největší pozornost právě této věkové skupině.

Zájem o problematiku zaznamenal výrazný boom v sedmdesátých letech minulého století, kdy skupina v té době výrazných tváří upozornila na překvapující variabilitu v dopadech na děti ohrožené zvýšeným rizikem rozvoje patologie a začali se zajímat vedle rizikových faktorů i o ty protektivní (Slater & Quinn, 2012).

Mastenová s Cicchettim (2010) hovoří o vývojových kaskádách, které zahrnují pozitivní i negativní řetězové reakce, stejně jako vývojový dopad různých interakcí ovlivňujících vývoj jedince. Zdůrazňují, že se vyplatí investovat čas a energii k intervencím podporujícím řetězení pozitivních reakcí. Pozitivně zřetězené reakce a kompetence zažité a vybudované v dětství pak mohou podpořit zdravý vývoj do dospělosti.

Výzkumy ukazují (Edmonds, 1986; Rutter et al., 1979), že určité charakteristiky rodiny, školního prostředí a komunity mohou podpořit pozitivní vývoj dítěte negativním okolnostem navzdory. Tyto faktory rozděluje Bernard a Bonnie (1995) do tří základních skupin:

- **pečující a podporující vztahy** – přítomnost alespoň jedné pečující osoby může poskytnout dostatečnou podporu pro zdravý vývoj a učení, pečující vztah

⁸ Je však nutné zmínit, že lidský jedinec je ovlivňován a sám ovlivňuje své prostředí už v prenatálním stádiu vývoje. Za rané dětství lze označit věk od narození do 6 let.

s vyučujícím pak může v dítěti podpořit potřebnou motivaci uspět (Werner & Smith, 1982);

- **pozitivní a vysoká očekávání** – děti, které navštěvují školy, které mají od svých žáků vysoká očekávání a zároveň jim poskytují veškerou potřebnou podporu, aby těchto očekávání mohli dosíci, dosahují v průměru lepších akademických výsledků a nižší míru problémového chování (Rutter et al., 1979, Dweck, 2015);
- **příležitosti participovat na něčem smysluplném** – možnost pracovat na něčem smysluplném, kde je jim svěřena odpovědnost za smysluplný úkol, podporuje u dětí mj. kritické myšlení, ale také víru v možnost ovlivnit dění kolem sebe (Benard, 1991).

Jak můžeme vidět, zmíněné ochraňující faktory sytí i vývojové potřeby, které pro dané věkové období popsal Erikson (viz výše), tedy potřebu základní důvěry, autonomie, iniciativy, snaživosti. Obdobně Lutharová (2006) dělí faktory podporující resiliентní odpovědi na:

- **osobnostní charakteristiky** – sebedůvěra, self-efficacy, sebekontrola;
- **rodinné vztahy** – blízkost ve vztahu rodič-dítě, rodičovský styl;
- **sociální** (zejména školní) **prostředí** – vztah žák-učitel, kvalita školy.

Šolcová (2009) přehled faktorů posilujících resilienci dětí rozšiřuje o pohybové aktivity umožňující dítěti navazovat kontakt s mimoškolními institucemi a uplatnit vlastní tělesnou zdatnost, dále pak domácí zvíře, skrze které se dítě může naučit komunikaci, péči, odpovědnosti, zároveň nepodmiňovanou lásku dávat i dostávat a mít v domácím mazlíčkovi někoho, kdo dítěti vždy naslouchá.

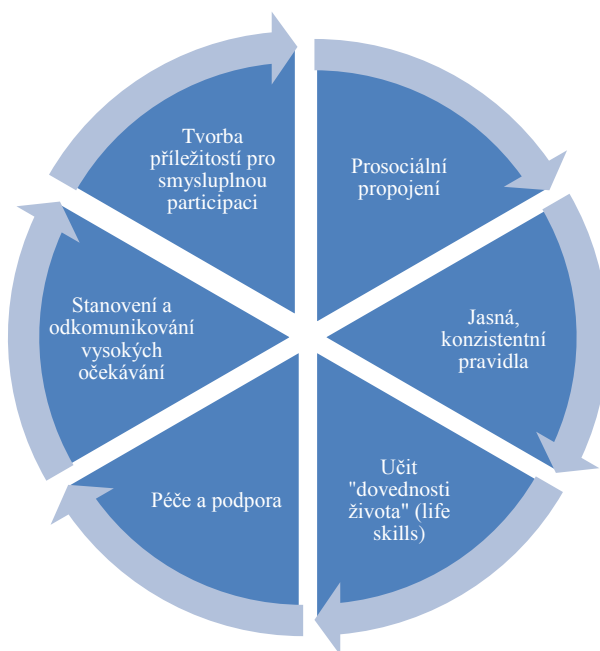
Rutter (1987) identifikoval čtyři hlavní typy intervencí, jež mohou vést k resilienci:

- redukce rizika;
- redukce negativních řetězových reakcí;
- podpora důvěry v sebe sama a ve vlastní účinnost (self-efficacy);
- otevření možností/příležitostí (ve smyslu dostupnosti školních i mimoškolních aktivit).

Za zainteresovaným dospělým je možné doporučit principy pojmenované Hendersonovou (2007), autorkou programu k posílení resilience u dětí⁹, tedy:

- dávat dítěti najevo **víru v možnost posílení resilience**, důvěru v jeho silné stránky bez ohledu na negativní okolnosti z minulosti;
- soustředit se na **silné stránky**, potenciál a zdroje dítěte;
- vytvořit kolem dítěte tzv. **kruh resilience**;

Obrázek 4 Kruh resilience dle Hendersonové modifikovaně dle Henderson, 2007, s. 9



- a co je především v rámci intervence důležité: **nevzdávat to!**

Výsledky výzkumů naznačují, že včasná intervence a prevence, která se soustředí na podporu kvality vztahu rodič-dospělý, sebepojetí a sebekontroly dítěte, může pomoci vystavět u dětí duševní zdraví a resilienci jinak ohrožujícímu prostředí navzdory (Miller-Lewis et al., 2013).

3.2. RESILIENCE DOSPÍVAJÍCÍCH

V ryze biologickém smyslu lze počátek dospívání vymezit prvními známkami pohlavního zrání a konec dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu. S ohledem na intra i interindividuální variabilitu je nemožné zcela přesně a striktně určit, kdo již/ještě je

⁹ The Resiliency Training Program™ více na <http://www.resiliency.com/products/the-resiliency-training-program/>

dopívající. Obecně však platí v našich podmínkách konsenzus s počátkem v 11 – 12 letech a koncem dospívání ve 20 – 22 letech (Langmeier & Krejčířová, 2007; Vágnerová, 2005).

Bylo-li dětství označeno za období pozoruhodného rozvoje na úrovni fyzické, kognitivní, sociální, zaslouží si i dospívání označení období velkých změn, hledání vlastní identity a místa ve světě a s tím spojenou celou řadu přechodů/tranzitorních období (Vágnerová, 2005).

Dospívající získává na fyzické síle, vizuální vnímání dosahuje maxima, rozvíjí se abstraktní myšlení, je schopen srovnávat se spekulativními normami a ideály, navazuje diferencovanější vztahy s vrstevníky obou pohlaví, emancipuje se od rodiny a hledá vlastní identitu sexuální, společenskou, pracovní, zájmovou, i duchovní (Langmeier, Krejčířová, 2007). S identitou úzce souvisí sebepojetí, sebedůvěra, self-efficacy. Významně se mění morálka, která se u některých posouvá na Kohlbergovu postkonvenční úroveň (Stutts, Guerrero, Brigano et al., 2011). Na ohromné důležitosti nabývá širší okolí jedince, význam příslušnosti ke skupině, náchylnost k ovlivnění.

Rutter (1987) hovoří o tzv. normativních a nenormativních oknech příležitosti (*normative and non-normative windows of opportunity*), kdy se trajektorie okolností a vývoje sbíhají ve prospěch změny. Jedním z příkladů normativního okna příležitosti může být přechod z dospívání do dospělosti. Dospívající má v určitém momentě dostatečné kapacity pro plánování, sebe-řízení, je motivován vydat se do světa a otevírají se mu možnosti nabízené společností (např. studium, zaměstnání, armáda aj.). Mladý jedinec má možnost „začít znova“, což potvrzují i longitudinální studie (např. Masten et al., 2004; Werner & Smith, 2001), v nichž řada problémů eskalujících během dospívání ustoupila v momentě, kdy měli mladí lidé možnost pohnout se z místa a využít možností, které společnost nabízí.

Příkladem nenormativního okna příležitosti jsou pak životní události, které jsou svou povahou či načasováním nějak neobvyklé, unikátní, nečekané. Příkladem může být adopce, stěhování do jiné země, přežití zemětřesení, vážné nehody, tsunami (Slater & Quinn, 2012).

Obdobně ve studii Sheperda et al. (2010) pracujícího s narativním přístupem, byly respondentkami pojmenovány tzv. *pivotal moments*, klíčové momenty reprezentující nějakou zásadní změnu, která měla za důsledek pozitivní zvrát nepříznivé situace.

Ze studií Wernerové a Smithové (2001) vyplynulo, že dospívající, kteří vykazovali resiliентní odpovědi na rizikové, ohrožující situace, měli sociální vazby intimního charakteru

s nějakým signifikantním druhým (rodinný příslušník, učitel, církev aj.) vysokou sebeúctu, interní locus of control.

Resilientní dospívající mnohdy disponují lepším studijním prospěchem, jsou lepšími čtenáři (Werner & Smith, 2001), jsou samostatnější a věří, že mohou ovlivnit dění kolem sebe, zažívají častěji pocit smyslu a důvěru ve vlastní kompetence a účinnost (Hoskovcová, 2006), efektivně se rozhodují a obtíže řeší aktivně, pracují s vlastní impulzivitou (Kumpfer, 1999).

Olsson nabízí ve své literárně-přehledové studii (Olsson et al., 2002, s. 5) přehled faktorů podporujících resilienci u dospívajících:

Tabulka 2 Protektivní faktory dospívajícího modifikované dle Olsson et al., 2002, s. 5

| Zdroje na úrovni dospívajícího jedince | Protektivní faktory |
|---|---|
| Konstituční resilience | Pozitivní temperament Odolná neurobiologie |
| Sociabilita | Vstřícnost vůči druhým Prosociální postoje Náklonnost k druhým (attachement) |
| Intelligence | Akademické úspěchy Schopnost plánovat a rozhodovat se |
| Komunikační dovednosti | Rozvinutý jazyk Pokročilé čtenářské dovednosti |
| Osobnostní atributy | Tolerance vůči negativním vlivům Self-efficacy Sebedůvěra Interní locus of control Smysl pro humor Naděje Strategie zvládání stresu Přetrvávající hodnotový systém Vybalancovaný pohled na zážitky Poddajnost a flexibilita Statečnost, přesvědčení, houževnatost a odhodlání |
| Zdroje na úrovni rodiny | Rodičovská vřelost a podpora Soudržnost a péče v rámci rodiny Blízké vztahy s pečujícím dospělým Víra v dítě Neobviňování Dovednost či koníčky, které jsou oceňované |

| | |
|--|---|
| | druhými |
| Zdroje na úrovni sociálního prostředí | Protektivní faktory |
| Socio-ekonomický status | Materiální zdroje |
| Školní zážitky a zkušenosti | Podporující vrstevníci Pozitivní vliv vyučující/ch Úspěch (akademický, sportovní aj.) |
| Podporující komunita | Netrestající Poskytující zdroje podpory Víra v hodnoty společnosti |

U Coleman a Hagellové (2007, s. 7) lze hledat faktory pro resilienci adolescentů rizikové:

- **individuální** – úzkostný temperament, nízká inteligence, chatrné zdraví, hyperaktivita, limitovaná pozornost, nízká frustrační tolerance;
- **rodinné** – nemoc rodičů, konflikt rodičů, účast některého z rodičů v kriminální činnosti, tvrdá či nekonzistentní výchova, ztráta rodiče z důvodu smrti či rozchodu, rušivý sourozenec (*disruptive sibling*);
- **komunitní** – ekonomické znevýhodnění, nedostačující bydlení, nízká kvalita školy a dalších služeb, kriminalita, zneužívání návykových látek, chybějící vzory.

Z uvedených přehledů protektivních a rizikových faktorů lze i případnou intervenci, že rozřadit do tří cílových kategorií (Olsson et al., 2002):

- **intervence na úrovni jedince** – intervence na této úrovni by mohla být preventivního rázu, zaměřená na rozvoj zvládacích mechanismů a kompetencí a na obklopení se potřebnými zdroji, ideálně ještě dříve než se daný jedinec s ohrožující situací setká;
- **intervence na úrovni rodiny** – i přes vliv vrstevníků má rodina v životě každého své místo. I v tomto případě se nabízí intervence preventivní, ale i intervence v návaznosti na krizi;
- **intervence na úrovni komunity** – přestože v literatuře ještě není příliš často pozornost věnována intervencím na úrovni komunit, narůstající zájem o problematiku sociální epidemiologie a dopadu sociálního prostředí na zdraví a well-being by do budoucna mohlo znamenat širší rozpracování i na této úrovni.

Symbolem období dospívání může být svoboda a příležitosti, ale i smutek za končícím dětstvím, bezpečím. Nepříznivé zkušenosti jsou v tomto období hledání vlastní identity hrozbou, ale i příležitostí vybudovat silné vědomí vlastní jedinečnosti a sebehodnoty.

3.3. RESILIENCE DOSPĚLÝCH

Resilienci dospělých lze definovat jako **univerzální schopnost jednotlivce, skupiny či společnosti předejít, zmírnit či překonat poškozující důsledky nepřízně či ohrožení** (Greene, 2002). Snad s výjimkou resilience vůči nemoci, válečnému traumatu či jiným akutním životním událostem je resilience dospělých zkoumána méně často (Hayslip & Smith, 2012).

Z pohledu vývojové psychologie označuje dospělost poměrně široké životní období počínající časnou dospělostí (cca 20 -25/30 let), dospělostí střední (zhruba do 45 let) a končící takzvanou pozdní dospělostí, jejíž závěr je definován počátkem stáří kolem 60 – 65 let věku (Langmeier & Krejčířová, 2007). Nutno dodat, že toto široké rozpětí s sebou nese i rozdíly týkající se resilience.

I v dospělosti je třeba splnit řadu specifických vývojových úkolů, například (dle již zmíněného eriksonovského pojetí osmi věků člověka) dosažení intimity a generativity. Od dospělého člověka se zpravidla očekává zralost ve smyslu plné osobní i občanské odpovědnosti, ekonomické nezávislosti, případně seberealizace (Langmeier & Krejčířová, 2007). Dospělý člověk se musí neustále potýkat s rozpory touhy po stabilitě v měnícím se prostředí, potřebě úspěchu limitované vlastními možnostmi, vlivy z minulosti a vizemi budoucnosti. Autor více než čtvrt století trvající berlínské studie stárnutí (Baltes et al., 2006, s. 636) uvádí, že: „*V porovnání s mladými dospělými, ukazují jedinci v pozdním stadiu dospělosti větší flexibilitu a lepší schopnost přizpůsobit jejich snahy změněným podmínkám.*“

Jak uvádí Šolcová (2009, s. 53), konceptualizace resilience u dospělých měla značný základ ve výzkumu stresu a lze vysledovat tři etapy vývoje zkoumání odolnosti ve smyslu resilience:

1. **Studie první generace** – v počátečních fázích zkoumání byla snaha nalézt nějaký obecný faktor odolnosti, který by bylo možné označit za trvalý rys osobnosti (např. obdobně jako je tomu u inteligence).
2. **Studie druhé generace** – do osmdesátých let byl důraz kladen na interakci mezi jedincem a situačními proměnnými, respektive na zdroje zvládání stresu.

3. **Studie třetí generace** – pojímá zkoumání odolnosti ve smyslu hledání proměnné zmírňující či odstraňující negativní dopady stresu na zdraví, v tomto smyslu je odolnost označována jako resilience.

Dle Wernerové a Smithové (2001) vykazují resilientní odpovědi na ohrožující situace lidé, kteří spojili svůj život s další, blízkou osobou, prokazovali soucit a angažovanost, měli zájem o komunitu, v rámci které žili, byl pro ně typický humor a optimismus a stejně jako u předchozích věkových kategorií, i zde převládal interní locus of control.

3.4. RESILIENCE VE STÁŘÍ

Hranice, kdy je člověk považován za *starého* se v průběhu historie značně posunula. V průmyslově rozvinutých zemích je za dolní hranici stáří považován věk 65 let (přestože gerontologie se soustřeďuje spíše na věk 75 let +) (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Chápeme-li resilienci jako proměnnou, která se projeví ad hoc, skrze pozitivně vyústěnou situaci, u jedinců, kteří jsou ohroženi negativními důsledky (Rutter, 1990; Masten, 1994), pak je tento konstrukt aktuální zejména ve stáří, kdy čelíme řadě ohrožujících situací a těžkostí. Posilování resilience nabývá proto v tomto stádiu vývoje člověka o to více na významu.

Přestože v západní kultuře převládal v posledních letech trend vnímat stáří jako období ústupu, poklesu fyzických i mentálních schopností, ztráty (zhoršení socio-ekonomického statusu, úmrtí přátel a rodinných příslušníků), vyšší prevalence chorob, řada výzkumů z posledních let upozorňuje na pozitivní aspekty stárnutí. Dle výzkumů Baltese, Kuhla a Sowarky (1992) uzrává ve stáří intelekt i různé dovednosti. Stáří je příležitost ke zvýšení kvality života a stupně well-beingu (Kunzmann, Little & Smith, 2010).

Pro seniory je oproti přechozím skupinám typická širší životní zkušenost a znalosti, o které se lze dále opřít. Starší lidé, kteří věří ve své schopnosti, mohou řídit své emoce, řešit problémy, spiritualitu, přijímají okolí a orientují se na budoucnost či péči o druhé, mají daleko vyšší míru pravděpodobnosti, že se u nich resilientní odpověď na negativní situaci projeví, což přispívá k udržení se nezávislého fungování a well-beingu (Rowe & Kahn, 2000).

Wagnild a Young (1990) ve svém výzkumu zaměřeném na seniorky identifikovali celkem pět společných komponent resilience u zpovídaných seniorek:

- **vyrovnanost** - vybalancovaný pohled na životní zážitky a zkušenosti;
- **vytrvalost/houževnatost** (*perseverance*) – ochota pokračovat v neustálém rekonstruování vlastního života a zůstat angažovaný;

- **soběstačnost** – víra v sebe a vlastní schopnosti;
- **smysluplnost** – víra v to, že život má smysl;
- **existenciální samostatnost** (*existential aloneness*) – uvědomění, že životní cesta každého člověka je jedinečná.

Van Kesselová (2013) uvádí přehled faktorů na úrovni jedince i kontextu/prostředí, které s resiliencí korelují:

- **Proměnné na úrovni jedince**
 - láskyplný postoj vůči sobě samému;
 - spiritualita;
 - orientace na budoucnost;
 - zkušenosti s nepřízní osudu;
 - pocit smysluplnosti, smyslu v životě;
 - péče o druhé;
 - přijetí sebe sama a vlastní zranitelnosti.
- **Proměnné na úrovni prostředí**
 - sociální podpora;
 - Podporující pečující vztahy včetně vztahů s odborníky (zdravotníky)
 - Sociální propojenost
 - Podpora rodiny, přátel, pozitivní rodinné vztahy
 - dostupnost péče;
 - sociální politika;
 - dostupnost zdrojů.

Vyšší pravděpodobnost resilientní odpovědi na ohrožující situaci u seniorů tvoří na jedné straně osobnostní zdroje, na straně druhé environmentální faktory, tedy sociální opora v rámci komunity, rodiny, ale i od profesionálů, dostupnost péče a zdrojů. Ukázalo se, že například zdravotní sestry mohou facilitovat resilienci u seniorů skrze zprostředkovávání sociální opory (Van Kessel, 2012).

4. TRAUMA A JEHO DŮSLEDKY

V rámci našeho života čelíme celé řadě událostí, různě významných, různě radostných či bolestivých. Věřím, že určující pro naše budoucí směřování a pro to, kým jsme a kým se stáváme, je každá jedna z nich, přestože některé se nám vryjí do paměti hluboce, jiné méně, na některé si, z různých důvodů, již nedovedeme vzpomenout a některé bychom si z paměti nejraději nadobro vymazali dobrovolně.

Pojmy jako stres, krize či trauma, jsou v psychologii i životě většiny z nás různě častými aktéry. Přestože mnohdy silně emočně náročné a smutné události nemůžeme odvrátit, za určitých podmínek lze ze závažných životních událostí vyjít silnější, změněný k lepšímu. I silně traumatizující události se mohou stát startovní čarou pro rozvoj osobnosti (Mareš, 2012). Současný pohled na vývoj a rozvoj resilience je ovlivněn rozpracováváním problematiky posttraumatického rozvoje.

Následující kapitola je věnována problematice stresu, krize a traumatu. S důsledky patologickými, ale i pozitivními, projevujícími se například skrze posttraumatický rozvoj, fenomén, který se v posledních letech těší stále většímu zájmu odborné i laické veřejnosti.

4.1. STRES

Pro vymezení traumatu je nejprve třeba vymezit pojem stres, který, přestože je běžnou součástí života a nese s sebou i řadu pozitivních aspektů, může mít negativní důsledky na zdraví fyzické i psychické. Strategie jeho zvládání ovlivňují vyrovnávání se (nejen) s traumatickou zkušeností.

Stres sám o sobě, coby každodenní součást našeho života, nemusí mít nutně pouze negativní důsledky. V rámci vymezení termínu stres nelze opomenout další dělení na tzv. *eustres* a *distres*. Distresem se rozumí stres negativně prožívaný vyplývající z nepříznivých náročných životních situací. Eustres je naopak spojen s apriorně radostnými událostmi (sport, svatba, těhotenství ad.)¹⁰, přestože se projevuje obdobně jako distres.

Problematikou stresu se jako jeden z prvních systematicky zabýval fyziolog W. B. Cannon, který v roce 1915 popsal tzv. *flight or fight* (útěk nebo útok) reakci na ohrožení, opírajíce se o teorii homeostázy, snahu organismu o nastolení rovnováhy. Pojem **stres** popsal

¹⁰ Pro přehled některých významných stresových událostí souvisejících s pozitivními i negativními změnami seřazených podle závažnosti se lze inspirovat Škalou životních událostí Holmes a Rahe <http://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory/>

poprvé Hans Selye (1936), lékař maďarského původu, který studoval v Praze. Definoval stres jako **nespecifickou reakci těla na okolnostmi vyvolanou změnu**, která se zpravidla projevuje ve **stresové situaci**, tedy takové, kdy je organismus exponován změně, s níž se musí vypořádat, ačkoliv požadavky situace převyšují aktuální adaptační zdroje daného organismu. Stresový náboj situace je pak dán přítomností **stresoru**, stimulu z okolního prostředí, který spouští potřebu adaptace a vyvolává stresovou reakci na fyziologické úrovni (Selye, 1956).

4.1.1. OBECNÝ ADAPTAČNÍ SYNDROM

Díky pokusům na myších Selye identifikoval tzv. poplachové reakce probíhající při krátkodobém a mírném vystavení stresu, kdy je reakce spojena s aktivací sympatiku a jejím výsledkem jsou ochranné reakce. Při dlouhodobém vystavení stresové situaci pak dle Selyeho dochází k tzv. **všeobecnému adaptačnímu syndromu** (general adaptation syndrome, dále jen GAS), nespecifický druh odpovědi na provokující stimul (stresor), kdy daný jedinec nejenže na vlivy vnějších podmínek reaguje, snaží se jim přizpůsobit (Selye, 1956). GAS, probíhající ve třech fázích (Selye, 1976), se stal základem historicky první ucelené koncepce stresu.

- První fází se rozumí **poplachová reakce**, kdy se mobilizují fyziologické obranné mechanismy jedince (tzv. *fight or flight*).
- V navazující **fázi resistance** se jedinec snaží bojovat se stresorem, přežít díky nalezení rovnováhy mezi nároky situace a vlastními obrannými mechanismy.
- Byly-li snahy v předchozí fázi neúspěšné /nebo trvaly příliš dlouho, dochází k **vyčerpání** organismu, který spotřeboval své energetické rezervy, stresu nedokáže déle čelit a projeví se negativní dopady stresové reakce (jako je například vysoká hladina kortizolu v krvi mající podíl na poškození nejrůznějších orgánových soustav).

Selyeho vymezení pojmu stres platí dodnes, ovšem s omezením na oblasti jako je fyziologie a patofyziologie. Pro potřeby psychologie je definice nedostačující, jelikož nerozlišuje specifitější mechanismy a reakce organismu, upozaduje kognitivní faktory, nezohledňuje individuální rozdíly ve vnímání zátěžových situací, ani jejich odlišné zvládání, a v neposlední řadě zohledňuje pouze fyziologické proměnné, přestože roli hrají jak subjektivní pocity člověka, tak i objektivní ukazatele zdravotního stavu jedince (Mareš, 2012).

4.1.2. VYBRANÉ TEORETICKÉ MODEL Y

V návaznosti na vysvětlení stresu coby vnitřní reakce organismu, které se neukázalo dostačujícím, vznikl teoretický přístup chápající stres jako vnější podnět pro organismus.

Stres je v tomto pojetí chápán jako stimul z okolního prostředí, který má na jedince negativní dopad ve smyslu náročných životních událostí (Holmes & Rahe, 1967). Tento model již bere v úvahu psychiku člověka, vychází však z předpokladů, které jsou (a to i s ohledem na koncept resilience) problematické. Dané pojetí předpokládá, že všichni lidé mají stejný strop pro adaptaci, který když překročí, pak velmi pravděpodobně onemocní, předpokládá, že životní situace kladou na různé jedince stejné nároky, jakákoliv významnější změna je stresem, aniž by bylo zohledněno, zda si danou změnu člověk přál či nikoliv (Mareš, 2012).

Lazarus s Folkmanovou (1984) proto předložili teoretický model vycházející z transakčního pojetí, kde stres není vnější okolností, nýbrž se jedná o výsledek vzájemného působení jedince a prostředí. Lazarus (1966) definuje stres jako **ohrožení jedince důsledkem nadměrných požadavků na jeho psychofyzilogické adaptační rezervy**. Stresová reakce nastává v momentě, kdy jedinec vnímá, že není schopen adekvátně zvládnout nároky, které jsou na něj kladeny, anebo ohrožení jeho well-beingu, situace přesahuje jedincovy zdroje a tento zároveň očekává nebezpečí či ztrátu. Stres je pak komplexem sestávajícím z:

- kognitivního vyhodnocení situace,
- stresových emocí,
- copingových strategií,
- přehodnocení.

Tomuto komplexnějšímu chápání stresu se přiklání i další autoři. Například Křivohlavý (2001) popisuje stres coby **subjektivně prožívanou nepohodu, která je doprovázena souborem změn typických pro zátěžové situace a to na úrovni biochemické, fyziologické, kognitivní i behaviorální**. Obdobně Atkinsonová (2003) popisuje stres jako událost vnímanou coby ohrožení své tělesné nebo duševní pohody, přičemž to, co může být pro jednoho zatěžujícím problémem, může být pro druhého příjemnou a zábavnou kratochvílí.

4.1.3. STRESORY, EUSTRES, DISTRES

Stres bývá spojen s nějakou stresovou situací, tedy takovou, kdy je organismus nucen vypořádat se se změnou, které je vystaven (Selye, 1936). Tyto situace zpravidla nejsou předvídatelné a vyvolávají pocity ztráty kontroly nad situací, dosud fungující strategie nemusí být efektivní a kladou tak vysoké nároky na adaptaci (Atkinson et al., 2003).

Stresory, podněty z prostředí vyvolávající potřebu adaptace, lze rozdělit na reálné (aktuálně působící) a potenciální (stimuly, které se při určité frekvenci, době trvání, kumulaci či intenzitě mohou stát ohrožujícími) (Paulík, 2010).

Jak již bylo zmíněno v úvodu tohoto oddílu, obecně přijímaný úzus je, že stres lze vnímat jako pro organismus přínosný, je-li jeho hladina optimální pro vybuzení jedince k lepším výkonům a cílům, k podpoře tvořivosti a motivace. V takových případech hovoříme o **eustresu**. Je-li však stres destruktivní, chronický, traumatický, pak je pro psychické i fyzické zdraví ohrožující a jedná se o **distres**. Stejná situace může pro dva různé lidi působit z hlediska vlivu stresu zcela opačně, záleží totiž na tom, jak situaci kognitivně zpracují, jaké jsou jejich motivační a emocionální procesy (Večeřová – Procházková & Honzák, 2008).

Symptomy stresu, tzv. adaptační syndrom či stresová reakce, se v duchu Selyeho GAS projevují ve třech fázích (Křivohlavý, 2001; Vizínová, Preiss, 1999; Vágnerová, 2008):

1. **Fáze poplachová** (alarmová) – narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací, především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů nadledvinek, dochází k uvědomění si zátěže a k aktivaci obranných mechanismů, mění se emoční prožívání (obavy, úzkost, vztek aj.) i kognitivní fungování (koncentrace, úsudek, zpracování informací).
2. **Fáze resistance** – adaptace na stres je maximální, organismus si na stresující faktor zvyká, jedinec hledá účelné strategie pro vyrovnání se se zátěží či zmírnění jejích dopadů. Při úspěšném zadaptování se na zátěž dojde k návratu psychofyzilogických funkcí na optimální úroveň, v opačném případě dochází k vyčerpání.
3. **Fáze vyčerpání** – získaná resistance je nedostatečná, nadměrnou intenzitou stresu dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu, což bývá doprovázeno zdravotními komplikacemi na úrovni somatické (např. hypertenze, kardiovaskulární onemocnění, bolesti hlavy, astma ad.) i psychické. Nastupuje krize.

4.1.4. AKUTNÍ REAKCE NA STRES

Akutní reakce na stres se projevují řadou zvláštních projevů či poruch u jinak zdravých osob v bezprostřední návaznosti na traumatizující podnět či v následujících dvou až třech dnech. Reakce se objevuje ve dvou formách (Lucká & Koblíček, 2007):

1. **Obranná reakce typu A** – aktivní reakce, jejíž podstatou je mobilizace sil, aktivita, funkce sympatiku.
2. **Obranná reakce typu B** – pasivní reakce, dochází k útlumu a zpomalení fyziologických procesů, je funkcí parasympatiku, objevuje se v závažných

situacích, kdy nelze podnět v jeho intenzitě a povaze integrovat, systém se proto brání jeho vnímání, může dojít k regresi, automatismům, či třeba dětským formám chování.

Negativní dopad stresu může psychiku ovlivnit směrem k rozvoji psychopatologie, stejně tak ale k posttraumatickému růstu, jež bude popsán s ohledem na zaměření práce o něco podrobněji dále.

Jak už bylo naznačeno v rámci teoretických přístupů k pojetí stresu (konkrétně transakčním pojetím Lazaruse a Folkmanové) skutečnost, zda určitá situace bude u daného jedince spouštěčem stresové reakce či nikoliv, záleží na celé řadě faktorů, jako je subjektivní hodnocení situace, individuální osobnostní charakteristiky (odolnost vůči zátěži, zvládací strategie, obranné reakce, přítomnost dalších nepříznivých či nepříjemných životních událostí, zkušenosti se stresem, sociální opora, víra), připravenost na danou událost a povaha události samotné (Holmes & Rahe, 1967; Kohoutek et al., 2009; Křivohlavý, 2001; Paulík, 2010).

4.2. KRIZE

Termín *krize* má základ v řeckém slově *krisis*, jež by se dal do češtiny přeložit jako chvíle rozhodnutí (Jandourek, 2012). Je to narušení rovnováhy v systému, které je dáno subjektivně ohrožující, vyčerpávající situací, která může další život postiženého jedince negativně ovlivnit (Vodáčková, 2002). Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, krize bývá důsledkem nedostatečné adaptace na stresovou zátěž, může vzniknout v „*důsledku střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.*“ (Vymětal et al., 1995, s. 18).

Nejen na kurzech krizové intervence lze slyšet, že čínský výraz pro krizi „*wej-dži*“ sestává ze znaků pro nebezpečí a příležitost. Krizi lze chápat jako bod obratu, okamžik charakterizovaný náhlou, rozhodující změnou k horšímu či lepšímu. V lékařském prostředí je krize obdobím, v němž nastává zvrát buď směrem k vyléčení anebo ke smrti (Vymětal et al., 1995). V krizi je jedinec nucen činit rozhodnutí, reagovat na změny. Způsob, jakým se s životními krizemi vyrovnáme, určuje další průběh našeho života, naše zranění.

Základy teoretického konceptu lze v psychologii připsat Lindemannovi, který v roce 1944 popsal (v návaznosti na výzkum 101 osob zasažených smrtí blízké osoby) základní charakteristiky prožívání krize v podobě syndromu ztráty blízké osoby. Lindemann (1944) popsal u osob zasažených akutním žalem následující symptomy:

- somatický distres, pocity tělesné slabosti a únavy;
- zabývání se vzpomínkami a představami o zemřelém;
- vinu (za to, že oni přežili, zatímco mrtví ne, případně za neschopnost zabránit úmrtí);
- hostilní reakce, hněv, agresivita;
- zásadní změny v chování, ztráta obvyklých vzorců chování, vyhýbání se sociálním kontaktům.

Na Lindemannovu práci navázal Caplan (1964), jeden z předních teoretiků krizové intervence, a v rámci tzv. *krizové teorie* rozdělil krizi do čtyř fází:

1. **Fáze expozice** – jedinec vnímá ohrožení, což zvyšuje pociťovanou úzkost, a aplikuje běžné copingové strategie. Napětí narůstá, převládá úzkost, pocit selhání, přesvědčení, že situace je neovladatelná.
2. **Fáze pokusných řešení** – pocity nedostatečné kontroly nad situací a zranitelnosti. Postižený jedinec se pokouší vzdorovat situaci, může relativně náhodně zkoušet další strategie. V případě jejich neúspěšnosti narůstá riziko chronifikace stavu či volba nevhodných prostředků a krátkodobých pseudořešení (např. abúzus alkoholu či jiných drog).
3. **Fáze mobilizace vnitřních a vnějších sil** – snaha krizi předefinovat, využít běžné anebo nové vyrovnávací strategie. Pro tuto fázi je běžná žádost o pomoc včetně vyhledání odborného pracoviště. Podaří-li se postiženému uskutečnit konstruktivní kroky, může dojít k překonání vrcholu krize, ústupu úzkosti, posílení vnímané kompetentnosti a vlastní účinnosti.
4. **Fáze rezoluce** – pokud se nezdařilo úspěšně projít třetí fází, pravděpodobně zasažený prožívá závažnou psychickou dezorganizovanost, pocity ochromení, rezignace, které mohou vést k chronicitě, morbiditě, sebevraždě. Odborná pomoc se může stát velmi potřebnou. Podaří-li se však zmobilizovat vnitřní i vnější zdroje, může být krize překonána, přechází ve fázi rezoluce a jedinec si vytváří zcela nový pohled na svět a sebe sama, proběhlou krizi dokonce může zhodnotit jako pozitivní životní zkušenost.

Pro rizikové události je charakteristická náhlost, subjektivní hodnocení situace coby nepředvídatelné a neovladatelné, intenzivní, vysoce nebezpečná expozice zahrnující

intenzivní strach. S ohledem na vlivy, které mohou krizi spustit, lze rozlišit dva základní typy psychosociálních krizí (Vymětal, 1995):

- a) **Krizi traumatickou** – vzniká v důsledku náhlé situace ohrožující psychickou existenci, identitu, jistotu či uspokojení základních životních potřeb. Může se rozvinout na základě úmrtí blízké osoby, vážného onemocnění, extrémní změny socio-ekonomického statusu (danou například ztrátou zaměstnání, ale i zdánlivě pozitivní extrémní výhrou v loterii).
- b) **Krizi životních změn** (resp. krize zrání a vývoje) – tyto krize souvisí s vývojem jedince a jsou spojeny se situacemi, kterým čelí v průběhu většina lidí (např. dospívání, opuštění domova, manželství, krize středního věku, konfrontace s vlastní smrtelností a umíráním).

Dalším možným dělicím aspektem je uvědomování si krize jedincem. U uvědomovaných, rozpoznaných krizí hovoříme o **krizi manifestní**, naopak **krize latentní** si daný jedinec neuvědomuje či vědomě nepřipouští, přestože se v jeho prožívání a chování projevují (např. neurotické chování, podrážděnost, únikové chování, somatické potíže).

Předchází-li krizi zjevná traumatizující událost spojená s bouřlivými stavy, lze mluvit o **krizi akutní**. Oproti potenciálně krátkodobé, v čase ohraničené krizi akutní, stojí **krize chronická**, pro kterou je typický méně nápadný začátek i průběh, avšak důsledky jsou dlouhotrvající, mnohdy chronické. Pro úplnost přikládám ještě Baldwinovu typologii krizí (1978):

- Situační (dispoziční) krize
- Krize očekávaných životních změn, tranzitorní krize
- Krize v důsledku traumatu
- Krize vývojové/zrání
- Krize pramenící z psychopatologie
- Krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc

Z hlediska osobnostních rysů může být rizikovým faktorem introverze a neuroticismus, emočně vyhýbavé chování, dále pak například nízký věk jedince, problematické rodinné zázemí, aktuální životní situace, zdravotní stav, nedostačující materiální situace (Cimrmannová et al., 2013; Vodáčková, 2002; Yule, 1998). Naopak podpůrně a protektivně

působí prožívaná naděje, náboženské přesvědčení, sociální opora (Špatenková, 2004), dále pak dle Křivohlavého (2001):

- Resilience¹¹
- Optimismus a pozitivní afektivita
- Kladné sebehodnocení a sebedůvěra, pocit zvládnutelnosti situace
- Pocit smysluplnosti situace
- Smysluplnost života
- Srozumitelnost těžkosti situace v kontextu řádu světa
- Svědomitost v úsilí dosahovat stanovených cílů a dokončování úkolů
- Smysl pro humor

Krize je přirozenou součástí života (viz např. vývojové krize dle Eriksona uvedené ve třetí kapitole). Jak již zaznělo, může být zároveň příležitostí i hrozbou v závislosti na její (vy)řešení. Zda dojde k rozvoji posttraumatických obtíží, závisí na povaze konkrétní situace a na zvládacích (copingových) strategiích jedince.

Zvládací strategie mohou být vrozené, aktivující vegetativní nervstvo, a vědomé, získané zkušeností v průběhu života včetně schopnosti využívat vzorce kolektivního chování a víry ve smysl potažmo význam utrpení (Vodáčková, 2002). Mohou být zaměřeny na sebe sama či na problém (Lazarus & Folkman, 1986), mohou být efektivní či neefektivní (Caplan, 1964).

Dle Caplana jsou efektivní copingové strategie takové, které problém a jeho řešení strukturují po částech, jedinec je schopen na krizovou situaci jednat pružně a je ochoten měnit sebe sama, má realistický odhad precipitujících událostí, podpůrná síť je dosažitelná stejně jako zvládací strategie jedince.

Naopak neefektivní strategie jsou vyhýbavé, odmítající problém či pomoc druhých lidí, dezorganizované, pasivní. Jakou zvládací strategii jedinec zvolí, zpravidla závisí na konkrétní situaci, zkušenostech a zhodnocení situace jedincem (Špatenková, 2004).

4.3. TRAUMA

V souvislosti, respektive v návaznosti na krizi jsme se v předchozí kapitole několikrát setkali s termínem trauma. Zatímco pod krizí se ukrývá jakákoliv situace člověkem vnímaná jako nezvládnutelná dosavadními prostředky (přestože jiní by ji možná bez větších obtíží

¹¹ Zde ve smyslu predispozic odolávat zátěži

zvládli), trauma má objektivní příčiny¹² (např. přírodní katastrofy, války, znásilnění) zpravidla pramenící z vnějších okolností, mnohdy ohrožujících zdraví či život jedince. Je to „(...) *reakce na událost, která obecně představuje závažný zásah do psychiky člověka.*“ (Cimrmannová et al., 2013, s. 22).

Dle Preisse a Vizinové (1999, s. 17) vzniká psychické trauma „*působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace*“. U těchto extrémně a/nebo dlouhodobě stresujících situací je dle autorů pro vznik traumatu typické, že:

- příčina je pro jedince vnější;
- příčina je extrémně děsivá;
- znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity;
- vytváří v jedinci pocit bezmocnosti.

Obdobně Calhoun s Tedeschim (1999) nabízí následující charakteristiky traumatické události:

- událost je náhlá, neočekávaná;
- z pohledu zasaženého jedince nelze kontrolovat, ani ovlivnit;
- vina za její průběh je mimo jedince;
- okolnosti spojené s traumatickou událostí jsou výjimečné, neočekávatelné;
- jsou s ní spojeny dlouhodobé a mnohdy nevratné problémy;
- zasažený jedinec se skrze danou událost dostává do zranitelnější etapy vývoje.

Podle zmíněných autorů, průkopníků zkoumání problematiky posttraumatického rozvoje, je kritérium závažnosti traumatu relativní, závislé na stupni *otřesení se světem* postiženého člověka (Calhoun & Tedeschi, 1999). Traumatizující zkušenost je spojena s nemožností uniknout a s nepochopitelností situace. K rozvinutí traumatické reakce dochází v momentě, kdy je postižený jedinec zaplaven pocitem bezmoci, není možný útok ani útěk a organismus tak reaguje dezorganizováním odpovědí jinak obvyklých na nebezpečí. Traumatizovaný jedinec je dostižen hlubokými, mnohdy trvalými změnami na úrovni fyziologické i psychické, emocionální, kognitivní (Preiss & Vizinová, 1999).

Arcel (1994) rozděluje traumatizaci na tři podskupiny:

¹² Calhoun a Tedeschi pojmy jako trauma, krize či třeba významný stresor užívají prakticky jako synonymum (Calhoun & Tedeschi, 2006)

- **primární traumatizace** – v tomto případě je jedinec přímým účastníkem, cílem agrese (např. vražda, mučení, znásilnění, ale i nucené pasivní přihlížení zabítí druhé osoby);
- **sekundární traumatizace** – ohrožující situací je zkušenost s traumatizací jiné osoby (může se týkat například blízkých zabitých/ho, pohřešovaných/ho, zraněné osoby);
- **terciární traumatizace** – týká se osob, jež nejsou v přímém vztahu s obětí, jsou však v kontaktu s primárně nebo sekundárně traumatizovanými (příkladem mohou být svědci události, humanitární pracovníci, terapeuti).

Symptomy objevivší se v důsledku traumatizující události lze rozdělit do tří kategorií (Preiss & Vizinová, 1999, s. 20) :

- **Nadměrné vzrušení** – je důsledkem neustálého očekávání nebezpečí, organismus je v této fázi neustále připraven na útěk či boj. Člověk se snadno poleká, reaguje podrážděně, trpí poruchami spánku. Zvýšená nervová aktivace vede k neschopnosti přizpůsobit se opakujícím se podnětům, na fyziologické úrovni vyvolává podnět připomínající trauma hyperventilaci, tachykardii, třes, pocení, nevolnost, mdloby.
- **Intruzivní příznaky** – tzv. *flashbacky*, neodbytné a vtíravé pocity opakovaného prožívání traumatické události opakovaně pronikají do vědomí, jejich živost i emocionální náboj odpovídá původní situaci. Zasažený jedinec je může vnímat jako skutečné a podle toho se chovat. Od obvyklých vzpomínek se liší nemožností převyprávění skrze slova, strnulostí obrazu v čase a nevázaností na kontext. Trauma je prožíváno stále znovu a znovu, což představuje ohromné emocionální zahlcení překračující hranice zvladatelnosti.
- **Příznaky stažení, sevření** – projevují se v návaznosti na situace, kdy čelil daný člověk naprosté bezmoci, nemohl ze situace utéct, bojovat, dostal se do stavu paralyzace a únik ze situace byl možný pouze skrze změnu stavu vědomí, dochází k tzv. *traumatickému transu*. Traumatický zážitek ustupuje z vědomí a zároveň brání integračním procesům, které jsou potřebné k psychickému zpracování zkušenosti. Na konativní úrovni vede stažení k inhibici aktivity, impulzivity u emočního prožívání, což ochromuje kvalitu života.

Kombinace intruzivních a konstriktivních příznaků (sevření, stažení) je označována jako *dialektika traumatu*, charakterizují ji dva extrémní stavy: stav amnézie s potenci záplavy emocemi a stav inhibice, bez emocí. Slábnou-li konstriktivní příznaky, sílí intruzivní a naopak. Zoufalství plynoucí z dlouhodobé přítomnosti těchto stavů, jejich střídání, pocitu nepředvídatelnosti a bezmocnosti může vést až k suicidálním myšlenkám.

4.3.1. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Po určité době se u traumatizovaných osob může rozvinout posttraumatická stresová porucha¹³, znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách (Mareš, 2012). Dle Praška (2001, s. 158) jsou typickými spouštěči PTSD:

- přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, sopečný výbuch, vichřice, požáry, výbuchy apod.);
- dlouhodobá internace, mučení, syndrom koncentračního tábora;
- loupeže a přepadení;
- znásilnění;
- nehody;
- ztráta smrtí (např. přítomnost při suicidiu, zabití či vraždě);
- ekologické ohrožení a přírodní katastrofy (záplavy, požáry);
- nezvyklé události (např. děsivý halucinatorní zážitek při intoxikaci).

Dle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2014) spadá PTSD do kapitoly F43.1, tedy pod Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje PTSD jako: „(...) *opožděnou či protahovanou odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého. (...) Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činností a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek.*“ U některých zasažených může nastat chronický průběh a trvalá změna osobnosti. Neléčená PTSD může přejít v chronickou poruchu s trvalými změnami osobnosti (více lze nalézt v kapitole F62 věnované přetrvávajícím změnám osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku).

Diagnostická kritéria jsou dle MKN – 10 (ÚZIS ČR, 2014) následující:

¹³ Dále jen PTSD

- A. Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.
- B. Je přítomno neodbytné znovu vybavování nebo "znovuprožívání" stresu v podobě rušivých flashbacků, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.
- C. Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
- D. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:
- (1) neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu,
 - (2) jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
 - obtíže s usínáním nebo udržením spánku,
 - podrážděnost nebo návaly hněvu,
 - obtíže s koncentrací,
 - hypervigilita,
 - přehnané úlekové reakce.
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

V posledním vydání diagnostického manuálu DSM-5 je oproti předchozí verzi DSM-IV PTSD zařazeno pod poruchy způsobené traumatem a stresorem namísto původního zařazení pod úzkostné poruchy. V rámci diagnostických kritérií bere v úvahu i sekundárně a terciárně traumatizované zúčastněné (například svědky události, záchranáře, blízké), bere v potaz disociativní podtyp, mezi kritérii přibyla přetrvávající negativní přesvědčení o sobě, druhých a světě, negativní nálady a emoce, neschopnost prožívat pozitivní emoce, sebepoškozování, nová verze je též doplněna o specifická kritéria pro děti předškolního věku (APA, 2012).

Negativní, kolísavý stav, protknutý pocity netečnosti, otupělosti a emoční oploštělosti, depresi, myšlenkami na sebevraždu. Tento stav se může po čase upravit anebo přejít ve stav chronický, jež ústí v trvalé změny osobnosti (Mareš, 2012). Dle Preisse a Vizinové (1999, s 36) „*pravděpodobnost rozvoje poruchy stoupá s velikostí stresoru.*“ Mezi faktory ovlivňující pravděpodobnost rozvoje poruchy patří (Preiss & Vizinová, 1999):

- problémy s chováním v dětství;
- chudoba rodičů;
- nízká sociální podpora;
- věk a aktuální vývojová fáze – citlivost vůči stresu je vyšší v těch obdobích života, kdy je obecně zvýšena citlivost (dětství, dospívání, důchodový věk);
- somatické a duševní zdraví, neuroticismus či předchozí psychická porucha;
- osobnost – jedinci se silnými kognitivními a adaptivními schopnostmi se s traumatickými situacemi vyrovnávají lépe, jsou flexibilnější, mají pozitivnější náhled na vlastní kontrolu nad situací, odpovědnost a postoj ke změnám;
- zkušenosti se zvládnutím stresu a krize v minulosti;
- očekávání od sebe a druhých – nesplnitelné nároky druhých nebo sebe sama, ale i očekávání od druhých lidí, mohou zapříčinit intenzivní nespokojenost, pasivitu, neúměrně navyšovat působící stres.

Jak uvádí Mareš (2012, s. 22) v literatuře se lze setkat s odstupňováním důsledků prožitého traumatu na:

- **rezignaci** – postižený se vzdává, poddává situaci, není schopen účinně fungovat+
- **přežívání** – jedinec funguje, avšak v omezené míře;
- **návrat k normálu** – jedinec projevuje odolnost, nachází ztracenou rovnováhu, vrací se k původnímu fungování;
- **prospívání** – jedinec přetváří trauma do výzvy, se kterou se nejenže úspěšně vyrovnává, ale dostává se na vyšší úroveň, než na které se nacházel před traumatickou událostí.

Extrémně nežádoucím zkušenostem navzdory existují lidé, kteří se v návaznosti na traumatizující situaci rozvinou nad své dosavadní fungování, mění svůj pohled na svět, uzrávají, jejich život získává vyšší kvality než před traumatem. Následující podkapitolu bych proto ráda věnovala právě jim.

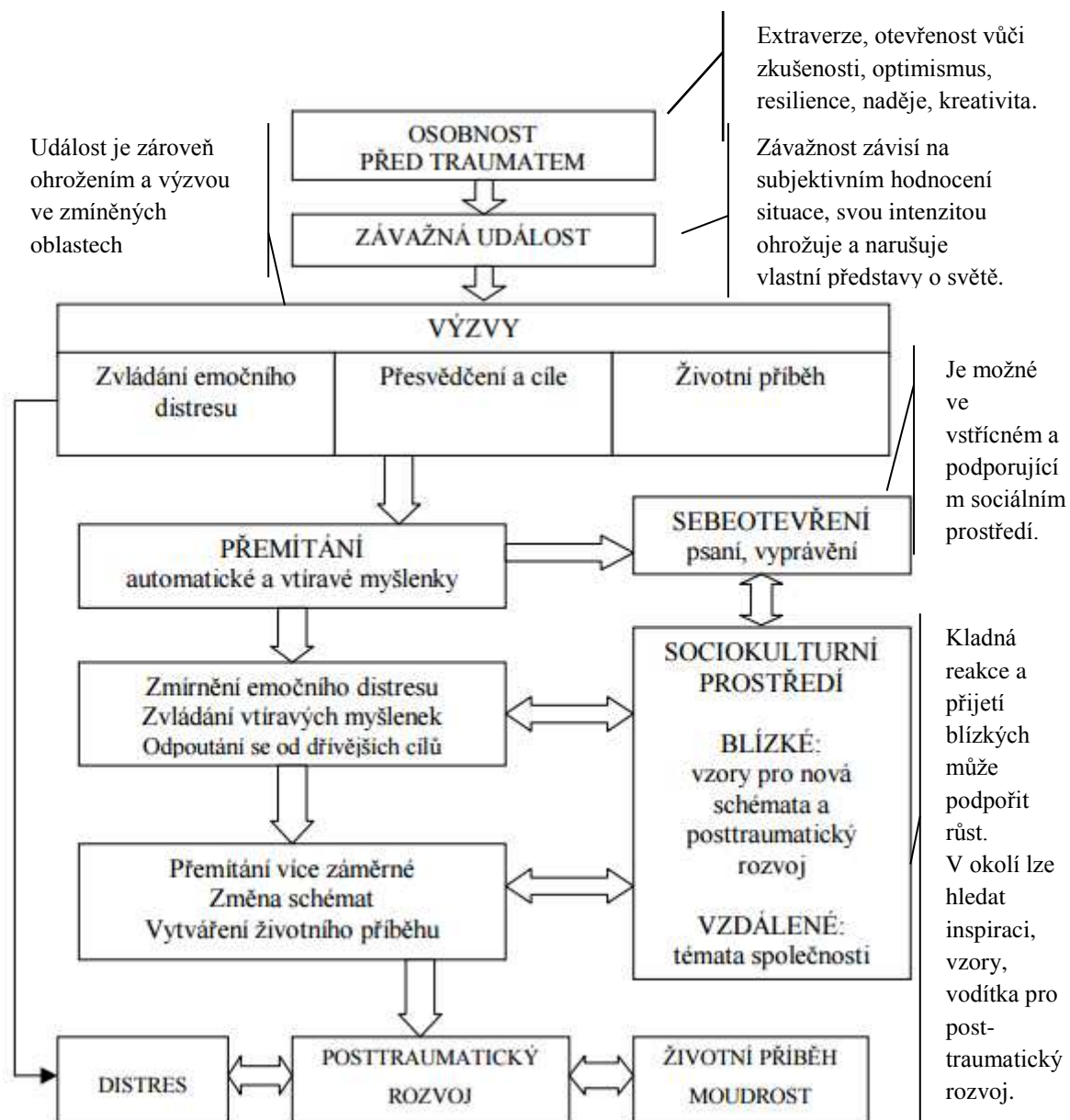
4.3.2. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ OSOBNOSTI

Současně s pozorností věnovanou tématu posttraumatické stresové poruchy, a s ní související diagnostikou, léčbou a prevencí, se počátkem devadesátých let minulého století objevil i výzkumný proud sledující pozitivní aspekty traumatických událostí, úzce související s výzkumy odolnosti, potažmo resilience. Ukazuje se, že i traumatizující zkušenost může být spouštěčem významných pozitivních změn v jedincově kognitivním a emočním životě, těsně propojenými s životním well-beingem (Calhoun & Tedeschi, 1999; Helgenson, Reynolds & Tomich, 2006; Mareš, 2012).

Přestože bývá posttraumatický rozvoj doprovázen distresem a bolestí vyvolanou traumatem, po čase se, jak uvádí pionýři zkoumání posttraumatického rozvoje Calhoun s Tedeschim (2006), může měnit v pozitivní slova smyslu. Tyto změny shrnují do tří základních dimenzí:

- **změny ve vztahu k sobě** – mění se sebepojetí člověka, objevují se nové stránky osobnosti, posiluje se víra ve vlastní síly („(...) *když jsem zvládla tohle, zvládnu už ledascos.*“), rozvíjejí se nové zájmy a aktivity, skrze poznání sebe sama v nových situacích se otevírají i nové možnosti ve vlastním životě.
- **změny ve vztazích s druhými lidmi** – mění se vztahy k okolí, zvyšuje se vstřícnost, vnímavost a empatie, pochopení pro slabosti druhých, soucit, což podporuje pocit soudržnosti, otevřenost vůči druhým, pocit větší blízkosti a intimity s druhými při odvaze a volnosti být sama sebou.
- **změny v životní filozofii** - mohou se přeskupit životní hodnoty a život je vnímán hlouběji, daný jedinec se může začít více zajímat o duchovní dimenze života, do popředí se dostávají nemateriální hodnoty, zasažený jedinec může více přemýšlet nad otázkami smyslu vlastního života, jako i lidské existence.

V rámci následujícího schématu nalezneme nejvýznamnější faktory v procesu posttraumatického rozvoje, jak je popisují Calhoun s Tedeschim (2006, s. 8), tedy osobnost před traumatem, traumatickou událost, výzvy, přemítání, otevření sebe sama, sociokulturní prostředí, působící distres, životní příběh, moudrost a posttraumatický rozvoj:



Obrázek 5 Významné faktory v procesu posttraumatického rozvoje modifikovaně dle Tedeschiho a Calhouna, 2006, s. 8

Další autoři doplňují předchozí model o základní předpoklady, jaké si lidé vytvářejí o světě (*fundamental assumptions*), získanou vnitřní odolnost a psychologickou připravenost na případné budoucí ohrožující události (Janoff-Bulmanová, 2006), usmíření se sebou samým (Zoellner & Maercker, 2006), kognitivní procesy vedoucí k akčnímu rozvoji (změna vztahování se k traumatické události, úvahy o jejím přínosu jsou zhmotněny a potvrzeny skrze činy) (Hobfoll et al., 2007).

Mareš (2008, s. 579) poskytuje přehled traumatických událostí zkoumaných v kontextu posttraumatického rozvoje:

Tabulka 3 Přehled traumatických událostí zkoumaných v kontextu posttraumatického rozvoje modifikovaně dle Mareše, 2012, s. 579

| Kategorie | Specifické příklady negativních událostí |
|----------------------|---|
| Zdravotní problémy | akutní onemocnění, úraz, operace, chronické onemocnění, onkologické onemocnění, HIV/AIDS, zneužívání návykových látek |
| Poskytování péče | zvládání zdravotních problémů svých dětí, svých rodičů nebo svého životního partnera, poskytování péče profesionály (záchranáři, terapeuti, pracovníci sociální péče) |
| Rodinné problémy | rozvod rodičů, uvěznění někoho z rodiny |
| Citové problémy | rozchod s partnerem/partnerkou |
| Osobní krize | krize víry |
| Vrstevnické problémy | vážné konflikty s vrstevníky, odlišná sexuální orientace-sociální izolace |
| Studijní problémy | stres na začátku vysokoškolského studia, neúspěchy u zkoušek |
| Pracovní problémy | mimořádně náročný výkon |
| Přírodní katastrofy | požár domu, hurikán, zemětřesení |
| Dopravní nehody | vážná dopravní nehoda, ztroskotání |
| Násilné činy | oběť týrání či zneužívání, oběť znásilnění, oběť násilného přepadení, svědek násilného činu, uprchlík vyhnáný z domova, teroristický útok, být v zajetí jako rukojmí, věznění v koncentračním táboře, věznění z politických důvodů, účast ve válce jako voják |

Dle metanalýzy Helgesonové, Reynoldse a Tomichové (2006) hraje ve schopnosti nalézt na traumatické zkušenosti pozitiva, resp. v hledání zisku (*benefit finding*), roli objektivní závažnost situace v kombinaci se subjektivním vnímáním stresu s danou situací spojeným (čím závažnější situace, tím zásadnější změny ve svém životě může chtít zasažený učinit), pohlaví (ženy mají vyšší tendenci situaci přehodnocovat a vést samy se sebou dialog pozitivnějšího rázu), víra, zvládací strategie.

Přestože se v posledních letech množí výzkumy zjišťující vztah mezi posttraumatickou symptomatikou, posttraumatickým rozvojem a PTSD, v názorech nepanuje jednotnost. Dle některých (Stump & Smith, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996) jde o dva na sobě nezávislé výsledky traumatu, dle jiných koreluje výskyt pozitivně (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Hobfoll et al., 2008), ale i negativně (Hall et al. 2008; McMillen, Smith, & Fischer, 1997). Možné vysvětlení poskytuje Mareš (2012) navrhuující, že k růstu je nutná určitá dávka

stresu, je-li však míra distresu ochromující, pak přemíra stresu rozvoji brání. Dále mohou některé faktory sytit oba koncepty, což způsobuje pozitivní korelaci, jiné vůbec či negativně, studie se mohou s ohledem na novost konceptu posttraumatického rozvoje lišit v jeho definování a předmětem jejich zkoumání mohou být odlišné traumatické zážitky, což může vést ke zmíněné nejednotě ve vydefinování vzájemného vztahu. Joseph s Linleym (2008) upozorňují na nemožnost pochopení procesu posttraumatického rozvoje, aniž bychom měli odpovídající přehled o traumatickém stresu. Jak uvádí Tedeschi s Calhounem (2004), posttraumatický rozvoj lze chápat jako proces i výsledek procesu.

Z hlediska dispozic jedince, které mohou hrát významnou roli pro případné vyrovnávání se s traumatem a následný rozvoj osobnosti, je za jeden z klíčových faktorů považována resilience, jež je ústředním tématem této práce, v její dynamické, procesuální podobě. **Jedinci charakterizovatelní resilientní odpovědí zažívají období emočního a somatického vychýlení kratší dobu, a dříve se vracejí do normálního stavu** (Mareš, 2012).

Někteří autoři (Lewis, 2007; Zoellner & Maercker, 2006) upozorňují na nejasnost v tom, zda je podstatou jevu reálná změna k lepšímu či zda se jedná spíše o pozitivní iluzi, jejíž úlohou je se utěšit. Současné výzkumy hovoří ve prospěch reálnosti změn v rámci rozvoje, zároveň však přiznávají možnost přechodného pozitivního zkreslování, které v určité chvíli může plnit adaptivní funkci. Zoellnerová s Maercker (2006) dokonce tuto iluzorní podobu zahrnují do svého dvousložkového modelu posttraumatického rozvoje, kdy rozvoj navozený stresem má složku konstruktivní, sebezpřesahující, ale také sebeobelhávající, která je dysfunkční kvůli pozitivnímu zkreslování skutečnosti. Tuto druhou tvář ovšem nelze chápat jako apriorně negativní, jelikož může jedinci na potřebnou přechodnou dobu pomoci zmírnit negativní dopady traumatu a pomoci k usmíření se se sebou samým.

I přes výtky kritiků a neshody v pojetí konceptu posttraumatického rozvoje je téma růstu v návaznosti na ohrožující situace tématem od pradávna. Těžké životní zkoušky pojímané jako příležitosti dojít k hlubšímu uvědomění, změně k lepšímu, nalezneme v řadě náboženství včetně křesťanství, filozofii, nebo třeba umění. A stejně, jako tomu bylo u konceptu resilience, známky posttraumatického rozvoje lze nalézt na úrovni skupin, od rodiny, přes komunitu, až po generaci, či národ (Mareš, 2008; Park & Lechner, 2006).

5. METODY A NÁSTROJE MĚŘENÍ RESILIENCE

Následující kapitola bude věnována metodám a nástrojům měření resilience. Nejedná se o vyčerpávající výčet, mým cílem je poskytnout alespoň rámcový přehled, při jehož tvorbě jsem vycházela především z literárních zdrojů, databáze PsycINFO a studií analyzujících nepřeberné množství nástrojů s cílem nalézt ty psychometricky nej kvalitnější.

Není nezajímavé, že převážná většina výzkumů byla dosud prováděna na dětské populaci, studií týkajících se dospělých tak existuje dosud podstatně méně. Níže uvedu příklady metod využívaných k měření resilience u dětí, dospívajících a dospělých, na závěr se zmíním o některých kritických poznámkách ke zkoumání konstruktů, na které se zároveň pokusím reagovat.

5.1. VÝVOJ V OBLASTI ZKOUMÁNÍ A MĚŘENÍ RESILIENCE

Ve výzkumu a měření konceptu resilience lze vysledovat několik vln vývoje (Cicchetti, 2016):

1. **Vlna** – pro počátky zkoumání konceptu je typický více deskriptivní přístup, kdy se výzkumníci snažili resilienci změřit a získat základní vhled do osobnostních charakteristik, vztahů a prostředí jedince korelující s lepší adaptabilitou v podmínkách rizika či ohrožení. Výzkum se soustředil na vývojové a situační protektivní mechanismy (Rutter, 1987).
2. **Vlna** – otázka „*Co?*“, se změnila na „*Jak?*“. V druhé vlně výzkumníci přesunuli svou pozornost k pochopení, jak dané protektivní procesy fungují.
3. **Vlna** – poté, co byly odhaleny potenciálně klíčové procesy pro rozvinutí resilientní odpovědi, obrátil se zájem směrem k tvárnosti resp. utváření resilientních procesů skrze intervenci (v klinické i experimentální praxi). Stěžejní otázkou třetí vlny by tak mohlo být, zda lze resilienci podpořit (například skrze rodiče, mentoring, sebe-regulaci aj.).
4. **Vlna** – poslední vlna směřuje do současnosti, kdy je snaha o poučení se ze všech předchozích poznatků spolu s integrováním poznatků ze sousedních věd a metod jako je epigenetika, zkoumání lidského genomu, ale i nové možnosti v oblasti statistické analýzy multivariačních dat a v neposlední řadě teorie vývojových systémů (*Developmental Systems Theory*), zdůrazňující holistický přístup ke

zkoumání vývoje jedince a jeho aktivní a uvědomělou roli v systému prostředí-jedinec.

Přestože se definice resilience liší, vždy je spojuje několik prvků, tedy přítomnost rizika, ohrožení, nepříznivé okolnosti a následná pozitivní adaptace. Tyto prvky jsou pro různá pojetí resilience společné, ať už ji chápeme jako pozitivní vyústění ohrožujícím okolnostem navzdory, trvalý rys, který je přítomen i při stresujících událostech anebo jako zotavení se z traumatické události.

Výzkumy lze rozdělit do několika základních skupin na:

- a) **výzkumy založené na proměnných** – resilience je zkoumána coby závisle proměnná. V rámci průřezových studií postihujících řadu charakteristik jsou pak tyto proměnné vztahovány k závisle proměnné.
- b) **výzkumy založené na osobách** – tyto výzkumy zpravidla srovnávají skupiny, které byly vystaveny vysoce rizikovým podmínkám a zároveň vykazují vysokou míru resilience ve srovnání se skupinou kontrolní, která za srovnatelných podmínek vykazuje resilienci nízkou. Tyto resilientní skupiny jsou pak porovnávány s kontrolními skupinami v řadě proměnných. Typickým příkladem je například několikrát zmíněný longitudinální výzkum Wernerové (Werner & Smith, 2001) či třeba studie nechtěných dětí profesora Matějčka (Dytrych, Matějček & Schuller, 1977; Matějček, 2014).
- c) **výzkumy zaměřené na osobu** – do této kategorie spadají výzkumy kazuistik jednotlivých případů.

Dle Lutharové (2006) přináší nejcennější poznatky výzkumy longitudinální, výzkumy kohort a šetření v rámci ohrožených skupin. Jak uvádí Šolcová (2009) častým problémem výzkumů resilience je zaměření na dílčí rizikové faktory, přestože život zpravidla přináší rizika kumulovaná, vícečetná. Též upozorňuje na nutnost pamatovat na rozdíl mezi korelací a kauzalitou.

5.2. MĚŘENÍ RESILIENCE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Pro děti předškolního věku byla vyvinuta metoda Devereux Early Childhood Assessment (DECA), uspořádávající položky do dvou dimenzí: protektivní faktory a behaviorální obavy (*behavioral concerns*). Metoda mapuje dovednosti ve třech oblastech: iniciativa, sebekontrola, attachment, které jsou, jak věří autoři metody (Naglieri & LeBuffe, 2005), propojeny s resiliencí.

Smith-Osbornová s Boltonovou ve studii mapující metody měření resilience pro všechna životní období (2013) uvádějí jako psychometricky kvalitní metody Resilience Skills and Abilities Scale (RSAS), Adolescence Resilience Scale (ARS), Resilience Scale for Adolescents (READ), Resilience Scale for Children and Adolescents (RSCA).

Obrázek 5 Metody zaměřené na resilienci dětí, Smith-Osborn & Bolton, 2013, s. 112

| <i>Instrument (Authors)</i> | <i>Factors</i> | <i>Theoretical Basis</i> | <i>Number of Items</i> | <i>Scaling</i> |
|-----------------------------------|--|--|------------------------|----------------------|
| RSAS (Jew, Green, & Kroger, 1999) | 1. Active skill acquisition 2. Future orientation 3. Independence/risk taking | Past research by Mrazek and Mrazek | 35 items | 5-point Likert scale |
| ARS (Oshio et al., 2003) | 1. Novelty seeking 2. Emotional regulation 3. Positive future orientation | Drawn from past resilience research | 21 items | 5-point rating scale |
| READ (Hjemdal et al., 2006) | 1. Personal competence 2. Social competence 3. Structured style 4. Family cohesion 5. Social resources | Drawn from past research on resilience | 28 items | 5-point Likert scale |
| RSCA (Prince-Embury, 2008) | 1. Emotional reactivity 2. Sense of mastery 3. Sense of relatedness | Developmental theory and past research on resilience | 64 items | 5-point Likert scale |

Podle přehledové studie Ahernové a kolegů (Ahern et al., 2013) zkoumající psychometrické vlastnosti dostupných metod se jako psychometricky nejadekvátnější metoda pro měření resilience u dospívajících ukazuje Resilience Scale, další metody (např. Adolescence Resilience Scale, Baruth Protective Inventory, CD-RISC) postrádají odpovídající normy pro skupinu adolescentů.

Pozornost si jistě zaslouhuje počín Ungara (2007), který v rámci mezinárodního projektu zaměřeného na resilienci¹⁴ spolu s výzkumným týmem zkonstruoval dotazník ***Child and Youth Resilience Measure***, který byl následně administrován 1500 adolescentů, s nimiž byly současně prováděny rozhovory, a to napříč pěti kontinenty. Ukázalo se, že aspekty přispívající k resilienci jsou obecné a zároveň kulturně a kontextově specifické. Z této rozsáhlé kvalitativní studie mladistvých vyvstalo sedm skupin zdrojů podporujících resilienci zkoumaných osob. Ti jedinci, kterým se podařilo získat všechny ze zmíněných zdrojů, byli hodnoceni ostatními i v rámci sebehodnocení coby resilientní. Seznam zmíněných skupin zdrojů je k dispozici v kapitole 2.2 této práce.

5.3. MĚŘENÍ RESILIENCE U DOSPĚLÝCH

Převážná většina metod obsahujících škály na měření resilience u dospělých pracuje se sebeposuzovacími škálami. Dle přehledu Pangalla et al. (2014) pak patří mezi

¹⁴ Více na <http://www.resilienceproject.org/research/projects/international-resilience>

psychometricky nejkvalitnější metody Psychological Capital Questionnaire (PCQ), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Resilience Scale for Adults (RSA) a Brief Resilience Scale (BRS). K obdobným výsledkům došly i Smith-Osbornová s Boltonovou o rok dříve. Jednotlivým metodám proto bude v následující části věnovaný krátký komentář, stejně jako několika dalším nejpoužívanějším metodám, s nimiž se lze v rámci výzkumů resilience setkat. Vybrané metody jsou řazeny abecedně. U následujících metod je zajímavé sledovat, na které oblasti se zaměřují a jak autoři koncept resilience chápou.

5.3.1. BRIEF RESILIENCE SCALE (BRS)

V překladu Stručná škála resilience se zaměřuje specificky na schopnost odrazit se zpět (*bounce back*). Tvoří ji pouhých šest položek (Smith et al., 2008):

Obrázek 6 Brief Resilience Scale dle Smith et al., 2008

| Please respond to each item by marking <u>one box per row</u> | | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| BRS 1 | I tend to bounce back quickly after hard times | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| BRS 2 | I have a hard time making it through stressful events. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| BRS 3 | It does not take me long to recover from a stressful event. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| BRS 4 | It is hard for me to snap back when something bad happens. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| BRS 5 | I usually come through difficult times with little trouble. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| BRS 6 | I tend to take a long time to get over set-backs in my life. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

Scoring: Add the responses varying from 1-5 for all six items giving a range from 6-30. Divide the total sum by the total number of questions answered.

My score: _____ item average / 6

5.3.2. CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD - RISC)

Metoda CD-RISC se zaměřuje na obecnou dospělou populaci, normy byly provedeny i na populaci klinické. Autoři metodu vytvořili na základě analýzy různých koncepcí psychické odolnosti, její citlivost ověřovali i na souboru pacientů s posttraumatickou poruchou. Opakovaná měření prokázala korelaci mezi zvýšeným skóre CD-RISC a zlepšením v průběhu léčby. Vychází z konceptů hardiness, odolnosti vůči stresu a zkušeností přeživších. V tomto dotazníku je resilience definována coby schopnost vypořádat se se stresem resp. udržet si biopsychospirituální rovnováhu. Škála sestává z 25 položek, které lze seskupit do pěti faktorů (Connor & Davidson, 2003):

1. Osobní kompetence, vysoké standardy, houževnatost
2. Víra ve vlastní instinkty, tolerance vůči negativním afektům
3. Pozitivní přijetí změny a blízké vztahy
4. Kontrola
5. Duchovní vlivy

5.3.3. MULTIDIMENSIONAL TRAUMA RECOVERY AND RESILIENCY SCALE (MTRR)

Ve srovnání s předchozími je tato metoda poměrně časově náročná, sestává totiž ze 135 položek kombinovaných s polostrukturovaným rozhovorem. Tato multidimenzionální škála byla vytvořena pro dospělé uzdravující se z traumatu. MTRR se skládá ze sedmi subškál:

1. Kontrola nad pamětí
2. Integrace paměti a emocí
3. Tolerance k emocím
4. Zvládání symptomů a pozitivní zvládání
5. Sebedůvěra
6. Soudržnost v rámci sebe sama (*Self – cohesion*)
7. Vytváření smyslu

5.3.4. PSYCHOLOGICAL CAPITAL QUESTIONNAIRE (PCQ)

24 položkový dotazník autorů Luthanse, Avolia a Aveye měří čtyři komponenty tzv. „psychologického kapitálu“ (*psychological capital*), tedy:

1. osobní účinnost – sebejistota a ochota vyvinout úsilí k úspěchu v náročných úkolech
2. optimismus – pozitivní atribuce ohledně osobního úspěchu v současnosti i budoucnost
3. naděje – setrvávání na cestě k cíli a v případě nutnosti změna cesty k cíli, aby daný jedinec na konci uspěl
4. resilience – je-li jedinec zasažen problémy a nepřízní, je schopen setrvat, odrazit se zpět (*bounce back*) a dokonce dál, aby dosáhl úspěchu.

Autoři se opírají o masivní data, která sbírali napříč nejrozličnějšími sektory (Luthans et al., 2007).

5.3.5. RESILIENCE IN MIDLIFE SCALE (RIM)

Tato škála je zajímavá svým zaměřením na dospělé specificky ve středním věku (35 - 60 let). Skrze 25 položek zjišťuje skóry na pěti subškálách:

1. Vnímaná vlastní účinnost
2. Rodinné a sociální vazby
3. Vytrvalost
4. Interní LOC

5. Zvládání a adaptace

5.3.6. RESILIENCE SCALE (RS-11)

Resilience Scale se skládá z 11 tvrzení, na která lze odpovědět na Likertově škále 1 – 7. Na konci minulého roku byly publikovány normy pro populaci ve věkovém rozmezí 14 – 74 let napříč běžnou populací (Kocalevent et al., 2015).

RS-11 je zkrácenou verzí původní 50-ti položkové Resilience Scale Wagnilda s Youngem (1993). Vychází z pojetí resilience coby protektivního osobnostního faktoru, který usnadňuje adaptaci jedince, resp. zvládnutí změny či nepřízně a je tak spojen se zdravým vývojem a psychickou odolností vůči stresu (Wagnild & Young, 1993). RS zakládá na subškálách osobní kompetence a přijetí sebe sama a života. K dispozici je již i její česká verze (Faberová, 2014).

5.3.7. RESILIENCE SCALE FOR ADULTS (RSA)

Tato 33-položková škála je zajímavá mj. tím, že vychází z teorie Garmezyho, Ruttera a Wernerové. RSA obsahuje šest subškál:

1. Vnímané „Já“
2. Plánování budoucnosti
3. Sociální kompetentnost
4. Rodinná soudržnost
5. Sociální zdroje
6. Strukturovaný styl

5.3.8. TRAUMA RESILIENCE SCALE (TRS)

TRS vychází z teoretického předpokladu, že existují protektivní faktory mající pozitivní vliv na mentální zpracování prožitého násilí. Trauma Resilience Scale sytí 59 položek tvořících čtyři subškály:

1. Řešení problémů
2. Vztahy
3. Optimismus
4. Spiritualita

5.3.9. RESILIENCE TO TRAUMA SCALE (RTS)

Metoda Resilience to Trauma Scale ¹⁵ je nástroj navržený specificky pro osoby zasažené psychotraumatickou událostí s cílem objasnit, které osobnostní charakteristiky pomáhají lidem nalézt kognitivní, emoční i fyzickou sílu čelit výzvám oproti desintegraci osobnosti a rozvoji patologie (Celinski & Pilowsky, 2008). Dotazník bere v úvahu objektivní i subjektivní závažnost události. Zaměřuje se na pět oblastí (Celinski, Salmon & Allen 2007):

- vnímaná vlastní účinnost před traumatickou událostí, osobní, morální, sociální a náboženská přesvědčení;
- závažnost a emoční reakce na traumatickou událost;
- efektivní a optimistické zvládání;
- posouzení následků bezprostředně po nehodě;
- subjektivní závažnost různých ztrát.

5.4. KRITIKA MĚŘENÍ RESILIENCE

Není divu, že se zkoumání konceptu resilience těší stále vyššímu zájmu odborné i laické veřejnosti. Pozitivní adaptace jedince ohrožujícím podmínkám navzdory je nesmírně zajímavé téma. Je však třeba pamatovat na mnohdy relevantní připomínky kritiků konceptu a upravovat koncept a jeho výzkum tak, aby co možná nejvíce odpovídal náročným požadavkům vědy.

Převážná většina metod zaměřených na měření resilience dospělých pracuje se sebeposuzovacími škálami, což vede k pojetí resilience coby osobnostní charakteristiky. Řada dimenzí osobnosti však již byla propojena s resilientní odpovědí a zatím se neukazuje, že by nově hledané charakteristiky výrazněji přispívaly k predikci resilientní odpovědi (Bonanno et al., 2011). Je otázkou, zda nám nové dotazníky mohou přispět vyšší výpovědní hodnotou než dosud využívané metody.

Jak bylo v práci několikrát zmíněno, v rámci zkoumání resilience existují nejednoznačnosti v definicích a terminologii. Nejednoznačnost však souvisí s variabilitou, která je potřebná zejména v počátcích zkoumání nového konstruktů. Různé cesty mohou vést k různým objevům. Teprve z dostatečného množství rozmanitých informací lze vytříbit jádro. Řada rozmanitých studií i přes kritizovanou nejednoznačnost dochází například ke stejným protektivním faktorům (například již dříve citovaní Cicchetti, 2016; Garnezy, 1993; Masten, Best, & Garnezy, 1990; Rutter, 1987).

¹⁵ Jelikož je metoda použita v rámci empirické části, bude jejímu podrobnému představení věnována kapitola Zvolené metody v rámci Výzkumného designu, původní verze dotazníku společně s českým překladem, je uvedena v Příloze 1.

Předpokladem resilience je vystavení riziku. Co se ale měření rizika týče, je složité jej kvantifikovat, jelikož posouzení a vnímaná intenzita ohrožení, nebezpečí, rizika, závisí na celé řadě faktorů, subjektivní vnímání daného člověka nevyjímaje. Na druhou stranu i díky zkoumání resilience se daří identifikovat protektivní faktory v takových situacích či prostředí, kde bychom na základě pravděpodobnosti očekávali negativní odpověď organismu.

Lutharová, Cichetti a Becker (2000) upozorňují na další potenciální slabiny konstruktů: různost ve fungování a rizikových zážitcích mezi dětmi považovanými za resilientní, na nestabilitu ve fenoménu resilience a otázky ohledně užitečnosti pojmu coby vědeckého konstruktů. Upozorňují, že je nutné, aby mezi odborníky vládla shoda a konzistentnost co do definic a používané terminologie, kritérií, jimiž je resilience operacionalizována, a neustálá revize a integrace nových poznatků, dále aby termín **resilience** byl používán pouze coby proces, fenomén či kompetence nepřízni navzdory, zatímco v souvislosti s osobnostními vlastnostmi by měl být používán pojem **resiliency**.¹⁶ Případná nestabilita ve statistických výsledcích bývá dána malým vzorkem. Na toto je třeba pamatovat, zejména při pokusech o generalizování výsledků na širší populaci.

Výzvou pro další zkoumání resilience by mohla být snaha nejen popsat, ale i objasnit otázky vývojového procesu, pochopení mechanismů, které k resilientní odpovědi směřují. Ukazuje se, že resilience je multidimenzionální konstrukt, nabízí se tedy mezioborová zkoumání (například směrem k sociologii, genetice, biologii). Historicky byla resilience zkoumána zejména u dětí, u dospělých pak zpravidla v kontextu nějaké akutní situace, přitom resilience se může objevit ve kterémkoli bodě života a otvírá ještě spousty možností a výzev k dalšímu bádání a případné tvorbě funkčních intervenčních programů.

¹⁶ Pro naše české prostředí tak i nadále zůstává výzvou nalezení odpovídajících ekvivalentů, které by odlišily resilience a resiliency.

V rámci empirické části shrnu předmět výzkumu resp. výzkumné studie a jeho cíle vycházející z možností explorativního výzkumu. Představím výzkumný design a postup sběru dat. Prostor bude věnován bližšímu seznámení s metodou Resilience to Trauma Scale – Research Edition. Budou popsány charakteristiky výzkumného souboru, jakož i výsledky statistických analýz, zjištěná struktura, objevený výskyt a charakteristika daných jevů. Komentář k výsledkům výzkumu, příležitostem a dalším možnostem zkoumání, jakož i limitům a slabým místům bude předmětem diskuze.

6. PŘEDMĚT VÝZKUMU

Předmětem této práce je překlad metody Resilience to Trauma Scale - Research Edition do českého jazyka, pilotní ověření psychometrických vlastností a explorační analýza dat získaných na výzkumném souboru s cílem identifikovat případné trendy vhodné k dalšímu zkoumání.

Přestože se téma resilience těší stále vyššímu zájmu, vzniká celá řada metod, které se na ni zaměřují, a existuje i řada teoreticko-metodologických studií, jedna všeobecně přijímaná teoretická koncepce resilience a v návaznosti na to i obecně přijímaná metoda jejího měření, která by splňovala požadavky na konvergenci přístupů a jednotný společný základ, není dosud k dispozici. V českých podmínkách pak adaptace metod vzniknuvších v posledních letech spíše chybí.¹⁷ Metoda Resilience to Trauma Scale může pomoci rozšířit možnosti diagnostiky a detailněji pochopit, co je klíčem k resilientní odpovědi na trauma, k přesáhnutí jeho zdrcujícího dopadu a ke schopnosti soustředit se na vlastní hodnotu a hledání zvládacích mechanismů a strategií nepřízni navzdory.

Důvodem výběru daného tématu byla (a stále je) fascinace přesměrováním se odborné i laické veřejnosti na potenciál zvládat i velmi náročné životní překážky a výzvy, odrazit se ze dna, případně se dokonce posunout ve svém osobnostním rozvoji na vyšší úroveň. Přijetí konceptu resilience do svého životního rámce, způsobu uvažování, pro mne představuje autonomii, svobodu, možnost přesáhnout sebe sama ve smyslu vědomého či nevědomého

¹⁷ Na tomto místě je však třeba zmínit snahu o adaptaci metod v rámci řešení závěrečných prací například adaptace metody Resilience Scale (Faberová, 2014) či překlad metody CD-RISC (Švarcová, 2015).

pozitivní vnímání vlastní sebe-hodnoty a schopnosti zpracovat nepřízeň a mít přímý vliv na realitu kolem sebe.

Autoři RTS-RE staví metodu na předpokladu, že resilience představuje schopnost já absorbovat a zpracovávat trauma a nepřízeň a že představuje protipól k vytváření katastrofických scénářů a depresivní symptomatice vedoucí ke hroucení obranných mechanismů a ochromení jedince. Nepřízeň osudu a ztráty nemusí nutně působit psychotraumaticky, jsou-li postižení jedinci schopni se s nimi vypořádávat. Naopak neschopnost zvládat situaci zpravidla souvisí s tím, že daná situace postrádá pro jedince smysl, záměr, aktivitu vycházející z jedince (Celinski & Gow, 2005).

Předkládaný dotazník RTS-RE představuje nejen způsoby, jakými může být trauma zažíváno, jak mu může být rozuměno, a jak může být zpracovááno, ale i možnosti zpracování a přerámování traumatických zážitků v méně katastrofický způsob.

7. VÝZKUMNÉ CÍLE

Jak bylo blíže popsáno v teoretické části, výzkumy zaměřené na zkoumání resilience ukazují, že existují protektivní, jakož i ohrožující faktory na úrovni osobnosti, rodiny, komunity. Lze předpokládat, že oblasti, které původní verze dotazníku RTS-RE mapuje, tedy zejména vnímaná vlastní účinnost, závažnost a emoční reakce na traumatickou událost, efektivní a optimistické zvládání, posouzení následků bezprostředně po nehodě a subjektivní závažnost různých ztrát, se řadí k některým z protektivních či ohrožujících faktorů zmíněných v teoretické části práce.

Cíle empirické části práce jsou následující:

- **Překlad metody** Resilience to Trauma Scale metodou překladu a zpětného překladu.
- **Explorativní faktorová analýza** české verze dotazníku.
- **Pilotní ověření jejích psychometrických charakteristik** – položková analýza, reliabilita a validita české verze.
- **Návrh klíče ke skórování** přeložené verze a návrh standardů vyhodnocení.

Jelikož v době tvorby této práce nebyla u autora k dispozici faktorová struktura ani skórovací klíč, bude (i na základě doporučení samotného autora metody) vytvořena vlastní faktorová struktura, na základě které bude následně vytvořen návrh standardů ke skórování a výsledky dosažené v dotazníku budou porovnány s výsledky dalších metod.

S ohledem na výchozí informace nelze dopředu určit, které proměnné respektive subškály na základě explorační přeložené verze dotazníku budou objeveny a tedy ani stanovit výzkumné hypotézy. Lze však předpokládat nalezení skupiny faktorů, které bude možné pojmenovat, interpretovat a využít k interpretaci nalezených rozdílů v získaných datech. Poznatky získané na základě analýzy dat pak budou okomentovány v rámci kapitoly věnované interpretaci výsledků.

Ke zjišťování validity české verze RTS-RE budou použity dvě metody: BDI-II a PVS, jelikož lze na základě teoretických východisek, z nichž autoři při konstrukci testu vycházeli a které budou detailněji popsány v kapitole věnované testu RTS-RE, předpokládat, že některé nalezené faktory dotazníku RTS-RE budou korelovat s výsledky BDI-II a s výsledky metody PVS. Pokud tomu tak skutečně bude, bude potvrzena validita těchto faktorů a položky, které

tyto faktory sytí, bude možné považovat za konzistentní škály měřící určitý konstrukt. Oprostíme se tak od čirého empiricismu faktorové analýzy, jejímž účelem je pouze nalézt latentní strukturu v datech bez ohledu na to, zda tato struktura odpovídá teoretickým východiskům metody či zda nalezené faktory odpovídají nějakému zavedenému a teoreticky dobře podloženému konstruktu.

8. VÝZKUMNÝ DESIGN

Výzkumný plán má charakter kvantitativního explorativního výzkumu. Pro naplnění stanovených cílů zmíněných v předchozí kapitole byla vybrána kvantitativní forma pomocí sebeposuzovacích dotazníků. V rámci přípravné fáze byly vybrány výzkumné metody (RTS-RE, BDI-II a PVS) a metoda RTS-RE přeložena metodou zpětného překladu do českého jazyka. Následně byl stanoven způsob výběru vzorku respondentů a získávání dat, na základě kterých byly získána data pro explorativní výzkum. Interpretaci získaných výsledků je věnován prostor v diskuzi.

8.1. ZVOLENÉ METODY

S ohledem na respondenty byly vybrány takové metody, pro které jsou charakteristické dobré psychometrické vlastnosti, lze z nich získat informace potřebné k dosažení stanovených cílů, zároveň je k jejich vyplnění třeba časový úsek, který by nemusel být pro respondenty přespříliš energeticky a časově zatěžující. Zvolená baterie testů RTS-RE, BDI-II a PVS (podrobněji budou popsány dále) čítá celkem 154 položek a její vyplnění zpravidla nepřesahuje 30 minut.

8.1.1. RESILIENCE TO TRAUMA SCALE

Metoda Resilience to Trauma Scale (dále RTS-RE) si klade za cíl u testovaného po traumatu identifikovat silné stránky a slabiny z pohledu resilience a dostupnost (či absenci) vlastních zdrojů, pomoci odborníkům (zejména těm, kteří pracují s klienty, kteří prožili potenciálně traumatizující události) vyhodnotit dopad traumatu na jedince či skupinu. Autoři metody doufají, že mohou informace získané z RTS-RE podpořit práci s nepříznivou událostí zasaženými klienty tak, aby byla šance na resilientní odpověď co nejvyšší (Celinski, Salmon & Allen, 2007).

Dotazník sestává z 19 okruhů čítajících celkem 83 tvrzení s možností zaznačit na šestibodové škále vnímanou míru souhlasu či nesouhlasu od *vůbec* = 0 – 1, přes *středně* = 2 – 3, po *zcela souhlasím* = 4 – 5. Původní verze, stejně jako český překlad, jsou uvedeny v Příloze 1.

Metoda započala být zkoumána na vzorku 155 obětí dopravních nehod, pracovních úrazů a uprchlíků, kteří unikli persekuci, někteří z nich dokonce mučení ve vlastní zemi. Vzorek sestával z 50.2% žen o průměrném věku 43.4 let (SD =13.0) a 12.8 letech vzdělání

(SD=3.9). Tito byli podrobeni testování na základě jejich stavu a možnosti benefitovat z rehabilitace a/nebo psychoterapie (Celinski, 2011).

Skrze analýzu hlavních komponent bylo zjištěno pět faktorů sytících 40% z celkového rozptylu, s průměrnou alfa reliabilitou 0.77.

- Faktor 1 poukazuje na pre-traumatické pojetí vlastní účinnosti a vnímání sebe sama, majíc silné a přetrvávající osobní morální, společenská a náboženská přesvědčení, tento faktor pokryl 13 % rozptylu.
- Faktor 2 mapuje subjektivní vnímání bolesti a dalších emočních stavů bezprostředně po traumatickém zážitku. Sytí 9 %.
- Faktor 3 objasňuje dalších 6 % a představuje optimistický, pozitivní, na akci orientovaný náhled v přístupu k nastávajícím výzvám, přebírání odpovědnosti za vlastní život.
- Faktor 4 se zaměřuje na případný následující pocit bytí obětí katastrofy s projikováním do budoucna a vysvětluje 6 % rozptylu.
- Faktor 5 hodnotí testovanou osobou vnímanou závažnost materiálních a osobních ztrát z dlouhodobé životní perspektivy a vysvětluje 5.8 % rozptylu.

Příklad položek sytících jednotlivé faktory:

| Faktor | Původní znění vybrané položky |
|---------------|--|
| 1 | Before the event I was in control of my life. |
| | I have always had Strong Moral beliefs. |
| 2 | How severe was your trauma (Mild, Moderate, Severe)? |
| | After the Accident I felt: Pain, ..Anger, .. Sadness (3 separate questions) |
| 3 | In dealing with various life situations, I usually: Focus on finding solutions. |
| | I Believe that everything will turn out well, even though I do not yet know how. |
| 4 | When I first realized that "I had just escaped death". |
| | I was sure that I would be disabled for life. |
| 5 | Do you feel that the event caused a great loss in your life? |
| | You lost your faith in yourself and/or others. |

Ze zbývajících faktorů (6 - 10) vysvětluje každý méně než 5% položkové variability.

Metoda byla vytvořena za účelem zdokumentování resilience ve vztahu k subjektivně vnímané závažnosti životních strastí či situací způsobujících hromadné (*mass*) trauma (Celinski & Gow, 2011). Dle autora metody (Celinski, 2011) reprezentuje resilienci tolerance a vysoký práh pro rozvoj psychopatologie a integrace nebo alespoň vybalancovaný pohled na protichůdné vlivy, které představují dynamiku života.

Nástroj je založen na předpokladu, že resilience reprezentuje smysl pro sebe-hodnotu a jedincovu smysluplnou roli v ovlivňování směru a kvality vlastního života a to na základě jeho vnímání a přesvědčení o něm samém a o světě, realitě, kterou žije, což je spjato s pozitivními očekáváními stran úsilí daného jedince a celkového výsledku situace (Celinski, Salmon & Allen, 2007). Za významnou složku, která v jiných metodách chybí, považuje Celinski (2011) emoční zpracování, subjektivní interpretaci (vytvoření smyslu) a zhodnocení (subjektivní vyhodnocení závažnosti traumatu a možných dopadů na život postiženého jedince).

Specifikum odlišující RTS-RE od dalších metod zaměřujících se na měření resilience je zaměření se na emocionální a kognitivní asociaci respektive disociaci ve vztahu k traumatizující události, na to, zda je testovaná osoba událostí ochromena, neschopna brát v úvahu různé pohledy na situaci a/nebo disociuje, dochází k derealizaci či odosobnění, či zda je schopna udržet si širší náhled orientovaný na různé možnosti zvládnutí.

Dotazník mapuje stav před traumatem, vnitřní soudržnost (*self cohesiveness*) získanou skrze rodinné vztahy a závazek vůči hodnotám, copingové strategie a tendence k frustraci, zlosti, ochromenosti či bezmoci. Dále pak připravenost testovaného obětovat něco k dosažení vyšších osobních cílů, ve prospěch významných druhých či pro obecné blaho.

Celinski (Celinski & Allen, 2011) navrhuje, aby využití informací o resilienci bylo použito k usnadnění uzdravení se z traumatu. Jak více rozepíši níže, faktory metody RTS-RE silně korelují s některými nástroji mapujícími patogenezi osobnosti (úzkost, deprese, PTSD). Využití dotazníku by mohlo pomoci při zpracování a přerábění traumatických zážitků v méně katastrofický způsob. RTS-RE představuje způsoby, jakými může být trauma zažíváno, jak mu může být rozuměno, a jak může být zpracováno. Z těchto důvodů může nástroj sloužit coby vodítko v rámci klinického rozhovoru, ale i jako doporučující podklad pro terapeutické intervence.

Jak uvádí autor metody (Celinski, 2011), ve srovnání s jinými metodami pro měření resilience jako je například zřejmě neznámější Connor-Davidson Resilience Scale pokrývá dotazník Resilience to Trauma Scale (dále jen RTS) širší soubor konstruktů souvisejících s resiliencí. RTS zkoumá zážitky spojené s traumatem či strastmi na úrovni jedince, a zda je v návaznosti na ohrožující situaci aktivován smysl pro vlastní identitu, vnímání hodnoty sebe sama a schopnost mobilizovat síly a využít specifické zvládací strategie ke zvládnutí dopadů kritické události. RTS-RE nám pomáhá získat více informací o tom, jaká je jedincova diskrepance mezi tím „*jak by to mělo být*“ a „*jak to vnímám, že to je*“ (Celinski, 2011).

Autoři RTS-RE chápou trauma jako příčinu ztrátu smyslu a účelu v životě, ztrátu vlastní sebe-hodnoty. A dotazník s tímto pojetím pracuje, stejně jako s možnou potřebou zpracovat pocit zodpovědnosti za traumatizující událost, ať už vlastní či cizí. Metoda je zajímavá tím, že hodnotí míru resilience v návaznosti na subjektivně vnímanou vážnost traumatu a vnímaných dopadů na fyzické, emocionální a psychosociální fungování a na vnímanou zranitelnost daného jedince v daném okamžiku a do budoucna.

Resilience je v rámci RTS-RE chápána jako protipól stavu zahlcení vedoucímu k beznaději a vysílení, autoři metody se zaměřují na faktory související se *Sense of efficacy* a na význam hodnot při absorbování a zpracovávání traumatu a zvládnutí ztrát mající vliv na dopad deprese, úzkosti a dalších symptomů měřených Beckovým inventářem úzkosti a deprese a Davidson Trauma Scale. Podle autorů metody je **klíčem k resilientní odpovědi na trauma přesáhnutí jejího zdrcujícího dopadu a schopnost soustředit se na vlastní hodnotu a hledání zvládacích mechanismů a strategií nepřízní navzdory**.

Dle Celinského (2004, 2011) resilience ztělesňuje vědomé či nevědomé pozitivní vnímání vlastní sebe-hodnoty a schopnosti zpracovat nepřízeň a mít alespoň nějaký přímý vliv na realitu kolem sebe. Takový duševní stav pak umožňuje určitou svobodu či angažovanost, aktivní snahu usilovat o určité cíle. Původní verze dotazníku společně s českým překladem, je uvedena v Příloze 1.

8.1.1.1. Vztah faktorů RTS-RE k BDI-II, BAI a DTS

S cílem zdokumentovat, jak faktory RTS-RE souvisí s klinickým obrazem traumatizovaných klientů. Vybrali proto řadu typicky užívaných metod mapujících generalizovanou úzkost, depresi, bolest a symptomatologii spojenou s posttraumatickou poruchou.

Korelační analýza autorům odhalila řadu významných vztahů RTS-RE s BDI-II a BAI. BDI-II pozitivně korelovalo s faktory: Faktor 2 ($r = .21$, $p < .05$; závažnost traumatu a počáteční emoční reakce); faktor 4 ($r = .31$, $p = .003$; subjektivní zhodnocení traumatu bezprostředně po události) and faktor 5 ($r = .47$, $p < .001$; ztráty). BAI pozitivně koreloval s faktorem 2 ($r = .22$, $p < .05$; vážnost traumatu) a faktorem 5 ($r = .45$, $p < .001$; ztráty).

Statisticky významně korelovala data z Davidson Trauma Scale, s faktorem 2 ($r = .28$, $p = .005$), faktorem 4 ($r = .27$, $p = .006$). Řada faktorů RTS-RE byla propojena se subkomponentami DTS mapujícími vyhýbání, *hyper-arousal* (hyper vybuzení) a vtíravé myšlenky ($p < .05$ u všech).

Celinski (2011) na základě zmíněných dat usuzuje, že RTS-RE může být využíván jako nástroj obsahující komponenty mapující specifické aspekty resilience týkající se způsobů, kterými lidé absorbují, hodnotí a zpracovávají nepříznivé události z hlediska bezprostředního i dlouhodobého dopadu. Dále hovoří o možnosti využít RTS-RE jako screeningovou metodu usnadňující mapování úzkosti (BAI), deprese (BDI-II) a PTSD (DTS), s výhodou toho, že oproti na danou problematiku zaměřeným zmíněným metodám, není tolik zřejmé, zda/jakou poruchu mapuje.

8.1.2. BECKŮV INVENTÁŘ DEPRESE

Beck Depression Inventory (BDI-II) je sebesposuzovací dotazník deprese čítající 21 položek se čtyřmi možnými odpověďmi. Výše celkového skóre je přímo úměrná míře depresivity. V BDI-II lze nalézt položky týkající se **afektivních, kognitivních, motivačních i fyziologických symptomů** (Preiss & Vacíř, 1999).

Položky BDI-II tvoří: smutek, pesimismus, selhání v minulosti, ztráta potěšení, pocity viny, pocity trestu, sebenenávist, sebe-kritičnost, sebevražedné myšlenky či přání, pláč, agitace, ztráta zájmu, nerozhodnost, neschopnost, ztráta energie, změna režimu ve spánku, podrážděnost, změna apetitu, potíže s koncentrací, únava nebo vyčerpání, ztráta zájmu o sex.

Jak bylo zmíněno výše, BDI-II ve vztahu k původní verzi RTS-RE pozitivně koreluje s faktory: faktor 2 ($r = .21$, $p < .05$; závažnost traumatu a počáteční emoční reakce); faktor 4 ($r = .31$, $p = .003$; subjektivní zhodnocení traumatu bezprostředně po události) and faktor 5 ($r = .47$, $p < .001$; ztráty)

Poslední revize z roku 1996 se snaží odpovídat upravené definici deprese podle DSM-IV. Změnilo se skórování, kdy minimální symptomatika se počítá do 13 bodů, mírná 14 - 19,

20 - 28 středně těžká, 29 - 63 těžká. Přestože existuje český překlad metody (Preiss & Vacíř, 1999), který byl následně 4krát revidován, dosud nejsou k dispozici přesvědčivé důkazy o validitě a reliabilitě, při interpretaci výsledků se proto používají spíše zahraniční normy (Gottfried, 2015).

Korelace Beckova inventáře deprese s ostatními standardizovanými škálami deprese se pohybuje kolem 0,70, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybuje od .73 - .95 (Domino & Domino, 2006).

8.1.3. DOTAZNÍK PERSONAL VIEWS SURVEY

Dotazník Personal Views Survey (PVS) vychází z konceptu hardiness v pojetí Susanne Kobasové popsaného v kapitole 1.2.1. Hardiness. Respondenti v rámci dotazníku vyjadřují míru souhlasu s 50 položkami na čtyřstupňové škále: výrok 0 – vůbec nesouhlasí, 1 - částečně nesouhlasí, 2 - spíše souhlasí, 3 - rozhodně souhlasí (Šolcová, 1995). 17 položek je orientováno na zjišťování úrovně *Challenge*, 16 na *Commitment*, 17 *Control*, výsledkem dotazníku jsou pak hrubá a vážená skóre jednotlivých subškál, jako i celkové hrubé a vážené skóre.

Autoři dotazníku vycházeli z předpokladu existence osobnostních charakteristik člověka s protektivními účinky vůči negativním vlivům. Testované oblasti mapují následující charakteristiky (Kobasa a kol., 1982, Parkes & Rendall, 1988, Šolcová & Kebza, 1996):

- **Commitment**
 - Vysoké skóre – vysoká angažovanost a tendence zapojit se, které vyplývají z víry ve vlastní hodnotu, ujasněné hodnoty, priority a cíle, pocit sounáležitosti k druhým, ochota převzít odpovědnost, vnímání životních aktivit coby účelných a smysluplných.
 - Nízké skóre – nízká angažovanost, odcizení, tendence k pasivitě a vyhýbavému chování.
- **Control**
 - Vysoké skóre – odpovědnost za své chování, víra a přesvědčení o vlastních schopnostech, víra ve schopnost kontroly a ovlivňování událostí ve svém životě a okolí.
 - Nízké skóre – přesvědčení, že je daný jedinec vláčen osudem, bezmocný, bez možnosti vzdoru
- **Challenge**

- Vysoké skóry – chápání změn jako výzev, možností k dalšímu rozvoji, vědomí proměnlivosti a normality změny.
- Nízké skóry – životní změny jsou vnímány jako zatěžující, destruktivní, ohrožující, strach ze změny a prohry.

Výzkumy (Kebza, 1995; Šolcová & Tománek, 1994) ukazují, že osoby dosahující vysoké úrovně hardiness jsou charakterizovatelné pozitivním náhledem z pozice vnímané kontroly situace, odpovědnosti a postoje ke změnám, cítí se kompetentnější ve zvládání každodenních činností, volí přiměřené vyrovnávací strategie, situace hodnotí jako méně stresogenní, potenciál patofyziologické reakce je tak nižší.

Do češtiny byl dotazník přeložen I. Šolcovou v roce 1994, avšak není oficiální, používá se proto pouze pro výzkumné účely. Podle údajů Hardiness Research Institute, Inc. je reliabilita dotazníku vyjádřená koeficientem alfa 0,92. Ve výzkumech Šolcové a Kebzy na vzorku N=2638 (2003; cit. dle Šolcová, 2010) bylo Cronbachovo alfa 0,82 pro celou škálu, 0,81 pro výzvu (*challenge*), 0,75 pro zodpovědnost (*commitment*) a 0,76 pro kontrolu (*control*). Česká verze dotazníku je uvedena v Příloze 3.

V rámci studie mapující *Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti ("hardiness") u vzorku americké a české populace* (Šolcová & Kebza, 1996) prováděné na souboru 950 osob za využití PVS byly výsledky českého souboru vysoce signifikantně nižší v celkovém skóre i v jednotlivých komponentách (nejvýraznější rozdíl byl patrný u škály *Challenge*). Pro účely výzkumné části této diplomové práce proto byly využity normy pro českou populaci z dané studie.

8.2. ADAPTACE METOD

Dotazník RTS-RE je k dispozici v anglické verzi, která byla metodou zpětného překladu přeložena do češtiny za asistence bilingvní rodilé mluvčí (z USA), která český překlad překládala zpět do původního jazyka, angličtiny, a tyto nově vzniknuvší verze pak byly porovnány. Pro zjištění případných odchylek bylo nutno učinit překlad dotazníku z původního jazyka (angličtina). Pro překlad byla zvolena metoda zpětného překladu, která zahrnuje přeložení metody z originálního jazyka (AJ) do nového jazyka (ČJ) a následné předložení překladu rodilému mluvčímu (který ovládá oba jazyky). Ten poté přeloží metodu zpět do originálního jazyka. V další fázi se zjišťují odchylky oproti původní verzi dotazníku, a na základě nich se upravuje původní překlad. Pro shrnutí, zpětný překlad dotazníku RTS-RE zahrnoval:

1. Překlad z AJ do ČJ
2. Předložení české verze rodilému mluvčímu z USA
3. Překlad bilingvním rodilým mluvčím z ČJ do AJ
4. Hledání rozdílů mezi oběma AJ verzemi
5. Následná úprava původního překladu z AJ do ČJ

Při porovnávání obou anglických verzí (bod 4) byla konstatována dostatečná shoda mezi původní a zpětně přeloženou verzí. Ve snaze zajistit co možná nejvyšší míru sémantické ekvivalence obou verzí a zároveň zvýšit srozumitelnost a přehlednost dotazníku byly provedeny některé drobné úpravy (např. přechylování, u otázek 1 „*Pre-traumatically, please tell us how you view yourself.*“ a 8 „*Please tell us how you felt at the time of your accident and post-traumatically.*“ byly termíny pre-traumaticky a post-traumaticky nahrazeny opisem „*Prosím, popište, jak jste se vnímal/a sebe sama před traumatickou událostí*“ a „*Prosím, popište nám, jak jste se cítil/a během nehody a po ní.*“).¹⁸

Zpětná vazba ověřující správnost či vhodnost překladu do ČJ by se měla projevit v podobném výsledku vnitřní konzistence testu. Metody PVS i BDI-II jsou k dispozici v české adaptaci a pro účely diplomové práce nebyly nijak upravovány (jak ale bylo blíže zdůvodněno výše, u BDI-II byly použity obecné normy, nikoliv lokální, české).

8.3. ZVOLENÍ METODY VÝBĚRU VZORKU

Vycházeje ze vzorku využitého pro tvorbu metody RTS-RE pro účely sběru dat byli pro českou verzi metody, obdobně jako tomu bylo v případě původního vzorku 155 respondentů, osloveni žadatelé o vyšetření pro účely hodnocení ztížení společenského uplatnění pro následky úrazů z řad obětí dopravních nehod a úrazů (třetina vzorku použitého pro tvorbu RTS-RE byla tvořena uprchlíky, kteří unikli před persekucí, s ohledem na obtížnost přístupu k obětem tohoto typu a jazykovou bariéru nebyla tato skupina do mého vzorku zařazena). Nikdo z testovaných se nevyznačoval organickým poškozením či somatickými defekty (ve smyslu ztráty zraku či sluchu apod.), nebyla jim určena psychiatrická diagnóza. Všichni respondenti byli starší 18 let. Doba uplynulá od autonehody či zranění, stejně jako u původního vzorku, do výběrových kritérií zařazena nebyla.

¹⁸ Původní jakož i přeložená verze dotazníku jsou uvedeny v Příloze 1.

Respondenti byli osloveni na základě doporučení z řad okolí, známých, psychologů a psychiatrů. S ohledem na závažnost vstupního kritéria (ve smyslu traumatické události), byli k testování doporučení pouze ti respondenti, kteří již v péči odborníků byli či stále ještě jsou. Jelikož byla v rámci tvorby diplomové práce zvolena pouze možnost vytvořit pilotní předvýzkum k tématu, nebyli osloveni respondenti, pro něž by byla traumatizující zkušenost nedávnou, čerstvou událostí (což mohlo mít bezpochyby mj. významný dopad na skóre dosažený v inventáři BDI-II). Jak hlouběji rozeberu v diskuzi spolu s návrhy dalšího možného řešení nejen výše zmíněného, vzorek nelze považovat za reprezentativní.

8.4. SBĚR DAT

Sběr dat proběhl v období 4. 5. 2016 – 17. 7. 2016. Před samotným testováním byly zjištěny informace o pohlaví, věku a vzdělání respondenta. Administrovaný souhrnný dotazník byl tvořen metodami v pořadí RTS-RE ► BDI-II ► PVS.

Testování byli informováni o dobrovolnosti své účasti, možnosti kdykoliv odstoupit bez udání důvodu nebo vyslovit nesouhlas s použitím dat. Byli obeznámeni o podstatě a účelu výzkumu, jeho průběhu, nárocích, které by na ně účast kladla. Data byla anonymizovaná. Probandi byli o tomto postupu informováni a byli obeznámeni se skutečností, že k údajům budu mít přístup já, případně vedoucí mé práce.

Probandi za svou účast na výzkumu nedostali žádnou finanční odměnu, byla jim nabídnuta finální verze diplomové práce po jejím odevzdání, všichni dostali k dispozici kontakt na autorku s možností konzultace (tato možnost byla dána k dispozici zejména pro případ, že by daný respondent postrádal podporu či péči ze svého okolí a mohl by tak být následně přeměřován na některého z ověřených odborníků).

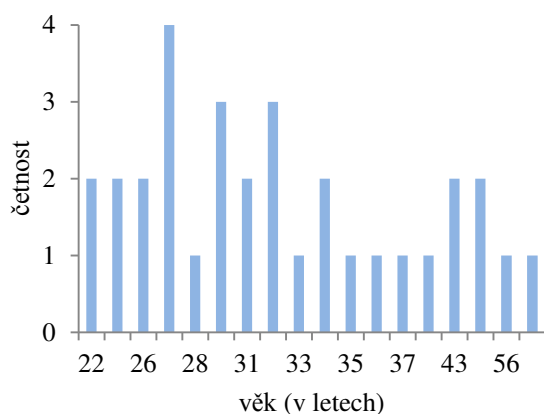
9. CHARAKTERISTIKA VZORKU

Soubor metod vyplnilo celkem 35 respondentů, z nichž 3 byli následně z výzkumného souboru vyřazeni, jelikož nevyplnili celou testovou baterii. Získaný soubor sestával z 15 žen a 17 mužů, převážně středoškoláků či vysokoškoláků. Rozdělení do věkových kategorií ukazuje Tab. 4. a Graf 1. Deskriptivní charakteristika výzkumného souboru se zohledněním vzdělání je uvedena v Tab. 5. a Grafu 2.

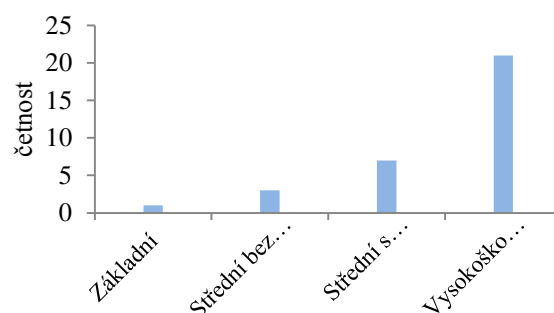
Průměrný věk respondentů byl 33,2 let ($SD = 8,7$). Rozvrstvení dle kategorií věku a vzdělání ilustrují následující tabulky:

Tabulka 4 Věkové rozvrstvení respondentů

| VĚK | N |
|---------------------------------|----|
| Mladá dospělost (20 – 29 let) | 14 |
| Střední dospělost (30 - 44 let) | 16 |
| Pozdní dospělost (45 – 59 let) | 2 |



Graf 1 Věkové rozvrstvení výzkumného souboru



Graf 2 Rozvrstvení vzdělání výzkumného souboru

Tabulka 5 Rozvrstvení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

| VZDĚLÁNÍ | N |
|--|----|
| Základní a střední bez maturity, vyučení | 4 |
| Středoškolské s maturitou | 8 |
| Vysokoškolské | 20 |

10. VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Analýza dat probíhala v programu R (R, 2016). Data byla vyčištěna od chybějících hodnot. Korelace výsledků jednotlivých metod byla provedena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. V rámci následující kapitoly bude představena psychometrická analýza zjišťující charakteristiky jednotlivých položek, reliabilitu metody, faktorovou strukturu metody, deskriptivní charakteristiky dosažených výsledků a v neposlední řadě výsledky testovaných hypotéz.

10.1. DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA

Průměrný hrubý skóre u dotazníku BDI-II činil 8,44, standardní odchylka 7,39. Nejnížší dosažený skóre činil 0, nejvyšší skóre dosáhl 25.

Průměrný hrubý skóre u dotazníku PVS činil 59,18, standardní odchylka 14,02. Nejnížší dosažený hrubý skóre činil 70, nejvyšší hrubý skóre dosáhl 116.

Deskriptivní charakteristiky dosažených hrubých skóre použitých metod shrnuje a průměrné hrubé skóre prvních sedmi faktorů u dotazníku RTS-RE shrnuje níže Tab. 6. Deskriptivní statistika položek dotazníku RTS-RE je uvedena v Příloze 3.

Tabulka 6 Deskriptivní charakteristiky hrubých skóre

| | mean | sd | median | min | max | range |
|-------------------|-------|-------|--------|-----|-----|-------|
| HS1 RTS-RE | 72,22 | 25,57 | 84 | 16 | 97 | 81 |
| HS2 RTS-RE | 34,25 | 16,25 | 36 | 6 | 59 | 53 |
| HS3 RTS-RE | 30,63 | 6,93 | 33 | 7 | 40 | 33 |
| HS4 RTS-RE | 21,75 | 12,53 | 18 | 5 | 52 | 47 |
| HS5 RTS-RE | 18,44 | 6,99 | 17,5 | 7 | 32 | 25 |
| HS6 RTS-RE | 16,09 | 4,79 | 16 | 8 | 26 | 18 |
| HS7 RTS-RE | 18,75 | 2,87 | 20 | 13 | 23 | 10 |
| BDI-II | 8,44 | 7,51 | 6 | 0 | 25 | 25 |
| PVS_celkový | 88,77 | 14,25 | 88 | 70 | 116 | 46 |
| PVS_HS_Challenge | 21,63 | 7,22 | 23 | 0 | 33 | 33 |
| PVS_HS_Commitment | 31,16 | 8,15 | 32,5 | 0 | 43 | 43 |
| PVS_HS_Control | 33,22 | 8,35 | 33,5 | 0 | 44 | 44 |

10.2. PSYCHOMETRICKÁ ANALÝZA

Pro předběžné ověření použitelnosti přeloženého dotazníku byla zkoumána jeho faktorová struktura, reliabilita, validita a obtížnost položek.

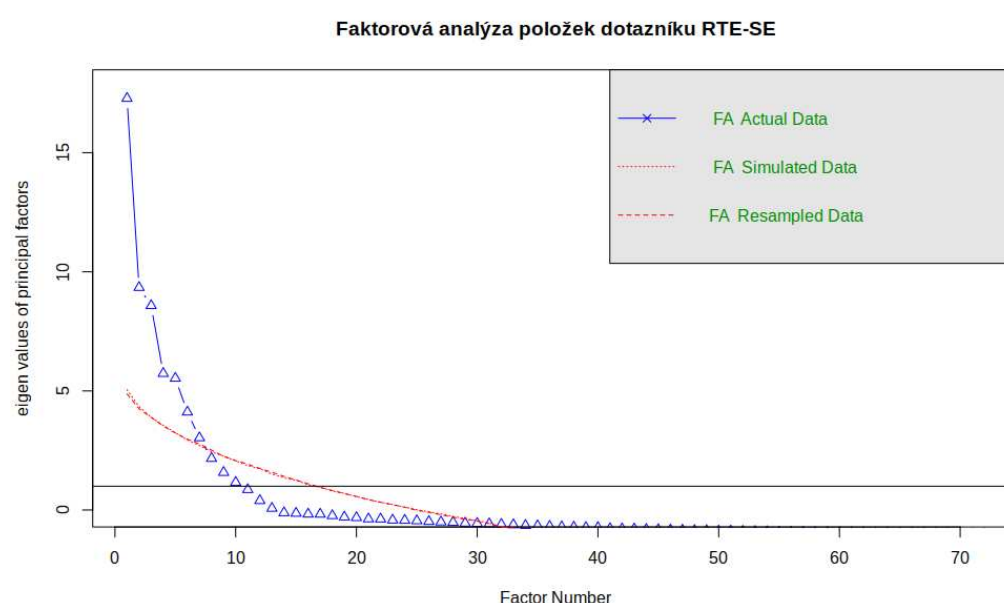
10.2.1. FAKTOROVÁ ANALÝZA

Na základě doporučení v rámci konzultací se statistiky, byla faktorová struktura české verze dotazníku zjišťována metodou faktorové analýzy vysvětlující rozptyl pozorovaných

proměnných pomocí menšího počtu latentních proměnných, která hledá vzájemné souvislosti vstupních proměnných, za použití rotace varimax. Přestože autoři původní verze použili analýzu hlavních komponent, v rámci které odhalili 10 faktorů, přičemž prvních 5 (zmiňovaných v kapitole 10.1.1. Resilience to Trauma Scale) vysvětlovalo 40% variance, zbylé faktory nebyly interpretovatelné.

Funkce `fa.parallel` v rámci balíčku „psych“ (R, 2016) ve statistickém programu R identifikovala 7 faktorů viz Graf 1 vysvětlujících 82 % variance.

Graf 3 Faktorová analýza položek dotazníku RTS-RE



Funkcí `fa` v programu R byly získány informace o proporci variance Tab. 7 a analýza loadings (zátěží položek) viz Tab. 8. Využita byla varimax rotace faktorů.

Tabulka 7 Proporce variance

| | MR1 | MR2 | MR3 | MR4 | MR5 | MR6 | MR7 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| SS loadings | 15,3 | 9,71 | 8,25 | 7,18 | 6,97 | 6,8 | 4,84 |
| Proportion of variance | 0,21 | 0,13 | 0,11 | 0,1 | 0,1 | 0,09 | 0,07 |
| Cumulative variance | 0,21 | 0,35 | 0,46 | 0,56 | 0,66 | 0,75 | 0,82 |

Položky, které neslyly v dostatečné míře žádný ze zjištěných faktorů (3b; 8b,j, k; 10 f; 10i; 15d; 19d, f - g) byly vyřazeny. Tab. 7 představuje 7 faktorů, které faktorovou analýzou vznikly. Je třeba zmínit, že některé z položek dotazníku byly skórovány obráceně (je-li tedy např. u otázky 4) f: „*Při vypořádávání se s různými životními situacemi se obvykle cítím*

frustrovaný a naštvaný“, která je skórovaná obráceně negativní loading, pak na tuto otázku bylo odpovídáno v rámci daného faktoru kladně).

Tabulka 8 Analýza zátěží položek

| | MR1 | MR2 | MR3 | MR4 | MR5 | MR6 | MR7 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| a) měl/a jsem kontrolu nad svým životem, | | | 0,8668 | | | | |
| b) byl/a jsem celistvý, emočně stabilní jedinec, | | | 0,8459 | | | | |
| c) byl/a jsem vždy připraven/a čelit nečekaným událostem, | | | 0,9122 | | | | |
| d) věřil/a jsem ve svou schopnost zvládat i ty nejsložitější situace, | | | 0,8718 | | | | |
| e) věřil/a jsem, že život je smysluplný a můj život má hodnotný účel, | | | | | | | 0,6127 |
| f) úspěšně jsem překonal/a řadu smolných, nešťastných událostí, | | | | | | | 0,8141 |
| g) jako dítě jsem měl/a stabilní rodinný život, | | 0,8424 | | | | | |
| h) měl/a jsem přátele, na které jsem se mohl/a spolehnout. | | | | | | | 0,4687 |
| a) morálku, mravní jednání, | | | | | | | 0,6317 |
| b) společnost, | | | 0,7931 | | | | |
| c) osobnost, | | | | | | | 0,6334 |
| d) náboženství, | | | | 0,5103 | | | |
| a) jsem nedokonalý a zranitelný člověk, | | 0,7999 | | | | | |
| c) utrpení má smysl, je-li to kvůli mým vyšším cílům, | | | | | 0,6618 | | |
| d) bych byl/a ochoten/na trpět, pokud by to bylo pro dobro někoho jiného, koho mám rád/a nebo miluji, | | | | | | -0,8500 | |
| e) bych byl/a ochoten/na trpět pro všeobecné dobro, | | | | | 0,8988 | | |
| a) stáhnou se, pokud situaci vnímám jako nekomfortní, | | -0,7342 | | | | | |
| b) soustředím se na kontrolu svých emocí, aby mě nepřemohly, | | | | 0,5257 | | | |
| c) soustředím se na nalezení nějakého řešení, | | | 0,7401 | | | | |
| d) držím se svých myšlenek bez ohledu na to, jaký by daný postoj mohl mít výsledek, | | | | | | | -0,5993 |
| e) snažím se nalézt něco pozitivního, přestože výsledek není uspokojující, | | | | 0,5519 | | | |
| f) jsem frustrovaný/a a naštvaný/a, | | -0,6495 | | | | | |
| g) věřím, že všechno dopadne dobře, přestože třeba ještě nevím jak, | | | | | 0,8569 | | |
| h) věřím, že život stojí za to žít bez ohledu na situaci, a že na mém úsilí záleží. | | -0,6749 | | | | | |
| X5. Realitu považuji za nepředvídatelnou, složitou k porozumění a bezesmyslnou. | | | | | | 0,5558 | |
| X6. Považuji se za člověka, který ovlivňuje svůj život skrze to, jak přemýšlím o sobě a realitě. | | | 0,7205 | | | | |
| X7. Dle Vašeho názoru, jak objektivně závažná byla Vaše traumatická zkušenost? | | | | | | 0,7498 | |
| a) jakou míru kontroly jste měl/a nad možností zabránit události? | | | | 0,7721 | | | |
| c) jakou míru kontroly jste měl/a nad zabráněním daleko horším důsledkům? | | | | 0,8577 | | | |
| d) nakolik jste aktuálně schopen/schopna vybavit si událost? | | | | | -0,3652 | | |
| e) nakolik pro Vás byla událost traumatizující bez ohledu na její objektivní závažnost? | | | | | | 0,3943 | |
| f) jak závažné byly kterékoli pohmožděniny, jež byly důsledkem události? | | -0,5186 | | | | | |
| g) jak závažné byly jakékoliv zlomeniny končetin, vznikly-li důsledkem události? | | | | | | 0,5019 | |
| h) jak závažná byla zranění důležitých vnitřních orgánů (jako je srdce, plíce, játra), vznikla-li důsledkem události? | | 0,5952 | | | | | |
| i) jak závažná byla ztráta užívání končetin/y či jiné důležité části Vašeho těla, vznikla-li důsledkem události? | | | 0,6796 | | | | |
| a) bolest, | | -0,9049 | | | | | |
| b) vlna, | | | | 0,5787 | | | |
| c) vztek, | | -0,8356 | | | | | |
| d) smutek, | | | | 0,8026 | | | |
| e) strach, | -0,5808 | | | | | | |
| f) bezmoc, | | | | | | -0,5931 | |
| g) zmatek, | | | | -0,6840 | | | |
| h) pocit nerealnosti ("musí to být noční můra, ne skutečnost"), | | 0,7270 | | | | | |
| i) pocit, že "tohle se mně nestalo", | | 0,9007 | | | | | |
| j) máte obtíže si událost zapamatovat, | | | -0,6152 | | | | |
| k) na událost si nepamatujete. | | | -0,5036 | | | | |
| a) věděl/a jsem, že to není nic závažného a že se zcela uzdravím, | | | | 0,4573 | | | |
| b) věděl/a jsem, že tato událost způsobí pouze dočasné nepohodlí či nepříjemnosti, | | | | 0,5675 | | | |
| c) právě jsem unikl/a smrti, | | 0,7087 | | | | | |
| d) během nehody jsem měl/a jsem obavy o bezpečí ostatních, | | 0,8224 | | | | | |
| e) byl/a jsem si jistý/á, že budu po celý zbytek života invalidní, | | | | | -0,8539 | | |
| g) přestože jsem byl/a naživu, cítil/a jsem, že můj život je pryč, | | 0,8905 | | | | | |
| h) věděl/a jsem, že jsem přišel/přišla o vše, na čem jsem pracoval/a, | | 0,8901 | | | | | |
| j) ztratil/a jsem člena rodiny nebo kamaráda/ku, | | 0,7954 | | | | | |
| k) byl/a jsem svědkem zranění druhých. | | 0,9227 | | | | | |
| X11. Máte od události pocit, že vám v budoucnu může být s vyšší pravděpodobností ublíženo? | | | 0,5883 | | | | |
| X12. Máte od události pocit, že jste méně schopni ochránit sebe sama? | | | 0,7645 | | | | |
| X13. Cítíte, že událost způsobila velkou ztrátu ve Vašem životě? | | | 0,7560 | | | | |
| a) finanční / na majetku, | | 0,5864 | | | | | |
| b) ztratil/a jste víru v sebe sama a / nebo ostatní, | | | | | -0,6607 | | |
| c) ztratil/a jste cíl a smysl života | | 0,9459 | | | | | |
| d) ztratil/a jste osobu/y Vám blízkou/blízké, | | 0,8921 | | | | | |
| e) ztratil/a jste možnost vydělat si na své živobytí, | | 0,9342 | | | | | |
| a) v rodině, | | 0,8936 | | | | | |
| b) u přátel, | | | | | | -0,7941 | |
| c) profesionální pomoc, | | | | | 0,6070 | | |
| X16. Nakolik závažně jste omezen/a fyzicky? | | 0,8596 | | | | | |
| X17. Nakolik se zotožňujete s následujícím tvrzením: zůstávám cennou osobou bez ohledu na fyzické postižení? | | -0,6113 | | | | | |
| a) vaší vinou, | | | | 0,5979 | | | |
| b) nedbalostí druhých, | | 0,5634 | | | | | |
| c) vinou druhých, | | 0,5608 | | | | | |
| e) nebyla to ničí vina. | | | | -0,6162 | | | |

Faktor 1, který vysvětluje **21 %** variance, je sycen položkami, které spojuje téma ztrát, ať již aktuálně zažívaných či do budoucna projíkaných a to jak ve smyslu materiálních, tak i osobních, ztrát týkajících se dosavadního způsobu a smyslu života. Negativní loading lze nalézt u položky „*Zůstávám cennou osobou bez ohledu na fyzické omezení.*“ či například „*Věřím, že život stojí za to žít bez ohledu na situaci, a že na mém úsilí záleží.*“ Zmíněný popis odpovídá faktoru 5 v původní studii autorů (Celinski, 2011). Zároveň je spojen s vysokými loadingsy u položek zaměřených na vnímanou nereálnost události bezprostředně poté, co se stala.

Faktor 2, vysvětlující **13 %** variance, je sycen položkami souvisejícími přijetím vlastní nedokonalosti a zranitelnosti i přes závažnosti ztráty končetin/y či jiné důležité části těla, spolu s podporou v rodině. Daný faktor dále sytí položky související se zaviněním události druhými lidmi (nedbalostí či vinou druhých).

Faktor 3, který vysvětluje **11 %** variance, byl sycen položkami souvisejícími s pre-traumatickým vnímáním sebe sama coby emočně stabilního jedince schopného zvládat i ty nejsložitější situace, s důvěrou ve společnost, snahou soustředit se na hledání řešení při konfrontaci s různými životními událostmi, vnímání sebe sama coby člověka, který ovlivňuje svůj život skrze to, jak přemýšlí o sobě a realitě. Na akci orientovaný přístup v čelení výzvám odpovídá faktoru 3 původní studie.

Faktor 4, vysvětlující **10 %**, je sycen položkami charakterizovatelnými vyšší mírou kontroly nad zabráněním události či jejím horším dopadům a zároveň se vnímanou vlastní vinou a smutkem v souvislosti s událostí.

Faktor 5, vysvětlující **10 %**, byl sycen položkami spojenými s ochotou trpět pro všeobecné dobro případně kvůli vyšším cílům, vírou, že vše dobře dopadne, přestože daný člověk možná ještě neví jak, víru v sebe sama a ostatní. Zajímavý byl poměrně silný vztah s vnímanou podporou z rukou profesionálů.

Faktor 6, kterým lze vysvětlit **9 %** rozptylu, byl sycen položkami ilustrujícími nižší ochotu trpět, byť by to bylo pro dobro někoho jiného, událost objektivně i subjektivně popisovanou coby více závažnou, položky spojené s nízkou podporou u přátel a vnímáním reality coby nepředvídatelné, složité k porozumění a bezesmyslné, přičemž položka vnímané bezmoci bezprostředně po události sytila daný faktor negativně.

Faktor 7, sytící 7 %, byl sytčen položkami ilustrujícími překonání řady smolných událostí před traumatickou událostí a přítomnost přátel, víru ve smysluplnost a hodnotu života pre-traumatickou událostí, víru v morálku a přátele. V tomto smyslu v zásadě odpovídá faktoru 1 v původní studii.

10.2.2. RELIABILITA

Reliabilita neboli spolehlivost testové metody byla zjišťována metodou vnitřní konzistence testu, tzv. Cronbachovo alfa. Pro test-retest reliabilitu nejsou k dispozici data, paralelní formy dotazníku neexistují. Výpočet Cronbachovo alfa pro jednotlivé faktory získaný pomocí programu MS Excel je uveden v Tab. 6. Výsledek výpočtu vnitřní konzistence testu lze považovat za uspokojivý.

Tabulka 9 Výpočet Cronbachovo Alfa pro jednotlivé faktory

| | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Faktor 6 | Faktor 7 |
|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Cronbach | 0,9657567 | 0,9221073 | 0,914209 | 0,8719233 | 0,8633198 | 0,7716052 | 0,7492065 |

10.2.3. VALIDITA

Jelikož výběrový soubor pro explorativní výzkum nového nástroje není početný (N = 32) a sběr dat byl prováděn nereprezentativním způsobem, je postup analýzy a jejích výsledků uveden spíše coby možný vzor pro případnou další práci s metodou na větším, reprezentativním vzorku.

Konstruktová validita testu určuje míru, ve které daný test reprezentuje určitý teoreticky stanovený konstrukt, u dotazníku RTS-RE se jedná o resilienci. Validita českého překladu testu byla ověřována za využití testů BDI-III a PVS. Skrze konvergentní validitu bylo zjišťováno, nakolik výsledky v rámci jednotlivých faktorů korelují s výsledky zmíněných metod. Zjišťována byla síla vztahu mezi vybranými faktory české verze RTS-RE a výsledky BDI-II a PVS za použití Spearmanova korelačního koeficientu.

Tabulka 10 Signifikantní korelace výsledků faktorů dotazníku RTS-RE s výsledky v dotazníku PVS a inventáři BDI-II

| | HS 1 RTS- RE | HS 2 RTS- RE | HS 3 RTS- RE | HS 4 RTS- RE | HS 5 RTS- RE | HS 6 RTS- RE | HS 7 RTS- RE | BD-II | PVS_celk ový skór | PVS_HS_ Challeng e | PVS_HS_ Commitm ent | PVS_HS_ Control |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| HS1 RTS-RE | 1** | | | | | | | -0,767** | | | 0,589* | 0,676** |
| HS2 RTS-RE | | 1** | | | | | | | | | | |
| HS3 RTS-RE | | | 1** | | | | | | | | | |
| HS4 RTS-RE | | | -0,364* | 1** | | | | | | | | |
| HS5 RTS-RE | | -0,4* | | | 1** | | | | 0,582* | 0,697** | | |
| HS6 RTS-RE | -0,455** | | | | | 1** | | | | | | |
| HS7 RTS-RE | | | 0,529** | | | | 1** | | | | | |
| BDI-II | -0,767** | | | 0,355* | | | | 1** | -0,699** | | -0,742** | -0,707** |
| PVS_celkový skór | 0,561** | | | | 0,582** | -0,382* | | -0,699** | 1** | 0,677** | 0,85** | 0,839** |
| PVS_HS_Challenge | | | | | 0,697** | | | | 0,677** | 1** | | |
| PVS_HS_Commitment | 0,589** | | 0,446* | | 0,409* | -0,404* | 0,394* | -0,742** | 0,85** | 0,381* | 1** | 0,808** |
| PVS_HS_Control | 0,676** | | 0,357* | | | -0,456** | 0,412* | -0,707** | 0,839** | 0,356* | 0,808** | 1** |

Na základě výsledků korelací na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ lze vysledovat některé signifikantní korelace mezi faktory RTS-RE a výsledky dotazníků BDI-II a PVS.

Korelace hrubých skóre faktorů 1 (*ztráty*) s inventářem BDI-II dosáhla hodnoty $r = -0,767$, což poukazuje na signifikantní zápornou korelaci těchto testů. Dosažená p hodnota byla $p > 0,001$. Naopak pozitivně koreluje faktor 1 s výsledky subškál dotazníku PVS Commitment $r = 0,561$, dosažená hodnota $p = p > 0,001$ a Control $r = 0,676$, kde byla dosažená hodnota $p > 0,001$.

Faktor 3 (*víra ve vlastní schopnosti, kontrolu a ovlivňování událostí, odpovědnost*) koreluje na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ signifikantně s výsledky subškál dotazníku PVS Commitment $r = 0,446$, s dosaženou hladinou $p = 0,01$ a Control s dosaženou hladinou $p = 0,044$.

Faktor 4 (*optimistický, na akci orientovaný přístup v čelení výzvám*) koreluje na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ signifikantně pozitivně s výsledkem v dotazníku BDI-II $r = 0,355$. Dosažená hladina p byla 0,04.

Faktor 5 (*ochota trpět pro všeobecné dobro případně kvůli vyšším cílům, víra v sebe, naděje*) koreloval na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ signifikantně pozitivně jak s celkovým skórem dotazníku PVS $r = 0,582$ s dosaženou hladinou $p > 0,001$, tak i se skóre na subškálách Challenge $r = 0,697$ s dosaženou hladinou $p > 0,001$ a Commitment $r = 0,409$ s $p = 0,227$.

Faktor 6 (*neochota trpět, byť by to bylo pro dobro někoho jiného, nízká podpora u přátel a vnímáním reality coby nepředvídatelné*) koreloval na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$

signifikantně negativně jak s celkovým skórem dotazníku PVS $r = -0,382$ na dosaženou p hodnotou 0,034, tak i se skóry na subškálách Control $r = 0,456$ s dosaženou p hodnotou 0,009 a Commitment $r = 0,404$ s dosaženou p hodnotou 0,022.

Faktor 7 (*víra - ve smysluplnost a hodnotu života, v morálku a přátele*) koreloval na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ signifikantně pozitivně se subškálami Control $r = 0,412$ s dosaženou p hodnotou 0,019 a Commitment $r = 0,394$ s dosaženou p hodnotou 0,025.

Výsledky inventáře BDI-II korelovali na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ negativně s výsledky v dotazníku PVS $r = -0,699$ s dosaženou p hodnotou $p > 0,001$, zejména pak se subškálami Commitment $r = -0,742$ s dosaženou hladinou $p > 0,001$ a Control $r = -0,707$ s dosaženou hladinou $p > 0,001$.

Negativní korelace na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ vyvstala u faktoru 1 a faktoru 6 dotazníku RTS-RE $r = -0,455$ s dosaženou p hodnotou 0,009, u faktoru 2 a 5 $r = -0,4$ s dosaženou p hodnotou 0,023, pozitivně koreluje faktor 3 s faktorem 7 $r = 0,529$ s dosaženou p hodnotou 0,002.

Předběžné výsledky potvrzují konvergentní validitu RTS-RE, ve většině případů spolu korelují škály, kde lze tyto korelace očekávat. Bylo by však vhodné validitu ověřit dalšími metodami případně na objemnějším výzkumném souboru.

10.2.4. OBTÍŽNOST POLOŽEK

Žádoucí míra obtížnosti testu je navázána na jeho účel. Dle Urbánka, Denglerové a Širůčka (2011) se obecně přijímané kritérium popularity položek pohybuje v pásmu 0,2 – 0,8 u osobnostních testů, zatímco v případě klinických metod je naopak žádoucí vysoká obtížnost položek kvůli zachycení jedinců s nadprůměrnou symptomatikou. I s ohledem na konstrukci dotazníku (některé z informací, které jsou dotazníkem zjišťovány, jako např. amputace končetiny či ztráta blízké osoby, nemají v populaci normální distribuci) bylo zvoleno kritérium v pásmu 0,1 – 0,9. Výsledky položkové analýzy jsou uvedeny v tabulce níže. Problematické položky a pro respondenty potenciálně zbytečně zatěžující položky s $p = < 0,1$ a $p > 0,9$ jsou zvýrazněny šedou barvou. Byla provedena i diskriminační analýza citlivosti jednotlivých položek vzhledem ke kritériím pro daný vzorek respondentů, kdy hodnoty jednotlivých položek byly korelovány s hrubými skóry příslušné škály RTS-RE pomocí Pearsonovy korelace

Tabulka 11 Obtížnost položek dotazníku RTS-RE

| | Popularit a položky | Korelac e s HS |
|--|------------------------|-------------------|
| 1. Prosím, popište, jak jste vnímal/a sebe sama před traumatickou událostí: | | |
| a) měl/a jsem kontrolu nad svým životem | 0,74 | |
| b) byl/a jsem celistvý, emočně stabilní jedinec | 0,79 | |
| c) byl/a jsem vždy připraven/a čelit nečekaným událostem | 0,71 | |
| d) věřil/a jsem ve svou schopnost zvládat i ty nejsložitější situace | 0,81 | |
| e) věřil/a jsem, že život je smysluplný a můj život má hodnotný účel | 0,82 | |
| f) úspěšně jsem překonal/a řadu smolných, nešťastných událostí | 0,88 | |
| g) jako dítě jsem měl/a stabilní rodinný život | 0,68 | |
| h) měl/a jsem přátele, na které jsem se mohl/a spolehnout | 0,89 | |
| 2. Vždy jsem silně věřil/a v: | | |
| a) morálku, mravní jednání | 0,78 | |
| b) společnost | 0,65 | |
| c) osobnost | 0,80 | |
| d) náboženství | 0,21 | |
| 3. Přijímám, že: | | |
| a) jsem nedokonalý a zranitelný člověk | 0,88 | |
| b) jsem smrtelný/á | 0,98 | |
| c) utrpení má smysl, je-li to kvůli mým vyšším cílům | 0,58 | |
| d) bych byl/a ochoten/na trpět, pokud by to bylo pro dobro někoho jiného, koho mám rád/a nebo miluji | 0,87 | |
| e) bych byl/a ochoten/na trpět pro všeobecné dobro | 0,51 | |
| 4. Při vypořádávání se s různými životními situacemi obvykle: | | |
| a) stáhnou se, pokud situaci vnímám jako nekomfortní | 0,50 | |
| b) soustředím se na kontrolu svých emocí, aby mě nepřemohly | 0,58 | |
| c) soustředím se na nalezení nějakého řešení | 0,86 | |
| d) držím se svých myšlenek bez ohledu na to, jaký by daný postoj mohl mít výsledek | 0,61 | |
| e) snažím se nalézt něco pozitivního, přestože výsledek není uspokojující | 0,83 | |
| f) jsem frustrovaný/á a naštvaný/á | 0,63 | |
| g) věřím, že všechno dopadne dobře, přestože třeba ještě nevím jak | 0,66 | |
| h) věřím, že život stojí za to žít bez ohledu na situaci, a že na mém úsilí záleží | 0,89 | |
| 5. Realitu považuji za nepředvídatelnou, složitou na porozumění a bezesmyslnou. | 0,40 | |
| 6. Považuji se za člověka, který ovlivňuje svůj život skrze to, jak přemýšlím o sobě a realitě. | 0,72 | |
| 7. Dle Vašeho názoru, jak objektivně závažná byla Vaše traumatická zkušenost? | 0,79 | |
| 8. Prosím, popište nám, jak jste se cítil/a během nehody a po ní? | | |
| a) jakou míru kontroly jste měl/a nad možností události? | 0,26 | |
| b) jakou míru kontroly jste měl/a nad možností zastavit situaci poté, co se začala dít? | 0,01 | |
| c) jakou míru kontroly jste měl/a nad zabráněním daleko horším důsledkům? | 0,18 | |

| | | |
|---|------|--|
| d) nakolik jste aktuálně schopen/schopna vybavit si událost? | 0,84 | |
| e) nakolik pro Vás byla událost traumatizující bez ohledu na její objektivní závažnost? | 0,83 | |
| f) jak závažné byly kterékoli pohmožděniny, jež byly důsledkem události? | 0,52 | |
| g) jak závažné byly jakékoliv zlomeniny končetin, vznikly-li důsledkem události? | 0,71 | |
| h) jak závažná byla zranění důležitých vnitřních orgánů (jako je srdce, plíce, játra), vznikla-li důsledkem události? | 0,24 | |
| i) jak závažná byla ztráta užívání končetin/y či jiné důležité části Vašeho těla, vznikla-li důsledkem události? | 0,53 | |
| j) jak závažné bylo poranění Vašeho mozku? | 0,05 | |
| k) jak závažná byla amputace končetin/y či jiné důležité části těla? | 0,08 | |
| 9. Bezprostředně po nehodě, měl/a jste některé z následujících pocitů? | | |
| a) bolest | 0,63 | |
| b) vina | 0,26 | |
| c) vztek | 0,50 | |
| d) smutek | 0,39 | |
| e) strach | 0,76 | |
| f) bezmoc | 0,84 | |
| g) zmatek | 0,63 | |
| h) pocit nerealnosti (musí to být noční můra, ne skutečnost) | 0,50 | |
| i) pocit, že "tohle se mně nestalo" | 0,33 | |
| j) máte obtíže si událost zapamatovat | 0,21 | |
| k) na událost si nepamatujete | 0,10 | |
| 10. Když jste si poprvé uvědomil/a, co se Vám stalo, měl/a jste některé z následujících myšlenek? | | |
| a) Věděl/a jsem, že to není nic závažného a že se zcela uzdravím | 0,20 | |
| b) Věděl/a jsem, že tato událost způsobí pouze dočasné nepohodlí či nepříjemnosti | 0,24 | |
| c) právě jsem unikl/a smrti | 0,39 | |
| d) během nehody jsem měl/a jsem obavy o bezpečí ostatních | 0,29 | |
| e) byl/a jsem si jistý/á, že budu po celý zbytek života invalidní | 0,31 | |
| f) byl/a jsem si jistý/á, že končetina bude muset být amputována | 0,02 | |
| g) přestože jsem byl/a naživu, cítil/a jsem, že můj život "ukončený" | 0,21 | |
| h) věděl/a jsem, že jsem přišel/přišla o vše, na čem jsem pracoval/a | 0,20 | |
| i) věděl/a jsem, že mé společenství je zničeno | 0,08 | |
| j) ztratil/a jsem člena rodiny nebo kamaráda/ku | 0,10 | |
| k) byl/a jsem svědkem zranění druhých | 0,16 | |
| 11. Máte od události pocit, že vám v budoucnu může být s vyšší pravděpodobností ublíženo? | 0,44 | |
| 12. Máte od události pocit, že jste méně schopni se ochránit? | 0,49 | |
| 13. Cítíte, že událost způsobila velkou ztrátu ve Vašem životě? | 0,43 | |
| 14. Vaše ztráty byly: | | |
| a) finanční/na majetku; Vaše vlastní či v rámci Vašeho společenství (prosím, podtrhněte) | 0,28 | |

| | | |
|--|------|--|
| b) ztratil/a jste víru v sebe sama a/nebo ostatní (prosím, podtrhněte) | 0,33 | |
| c) ztratil/a jste cíl a smysl života | 0,15 | |
| d) ztratil/a jste osobu/y Vám blízkou/blízké | 0,14 | |
| e) ztratil/a jste možnost vydělat si na své živobytí | 0,28 | |
| 15. Máte dostatečnou psychickou podporu: | | |
| a) v rodině | 0,65 | |
| b) u přátel | 0,80 | |
| c) profesionální pomoc | 0,42 | |
| d) duchovní, kněží | 0,04 | |
| 16. nakolik závažně jste omezen/a fyzicky? | 0,41 | |
| 17. zůstávám cennou osobou bez ohledu na fyzické postižení | 0,86 | |
| 18. Trápí Vás, že druzí lidé byly při nehodě zraněni méně než Vy? | 0,01 | |
| 19. Daná událost se stala kvůli: | | |
| a) vaší vinou | 0,29 | |
| b) nedbalostí druhých | 0,56 | |
| c) vinou druhých | 0,50 | |
| d) úmyslnému ublížení na zdraví druhou osobou | 0,01 | |
| e) nebyla to ničí vina | 0,39 | |
| f) přírodní katastrofě/živelné pohromě | 0,00 | |
| g) Z Boží vůle | 0,07 | |

10.3. INSTRUKCE A POSTUP VYHODNOCOVÁNÍ

Česká jakož i původní verze RTS-RE včetně instrukcí týkajících se vyplnění dotazníku jsou k dispozici v rámci přílohy 1. Dotazník lze administrovat ve formátu tužka - papír, ale i na PC v programu Excel, případně online díky platformě Google Forms. Jeho administrace trvá zpravidla 10 min. Dotazník je zatím i ve své původní verzi používán pouze pro výzkumné účely, oficiální příručka k dotazníku, či klíč k vyhodnocení není k dispozici. Způsob vyhodnocení vychází z informací od autora metody Dr. Marka J. Celinski a ze získaných dat.

7 faktorů, škál, které lze na základě faktorové analýzy interpretovat, je syceno následujícími položkami (zvýrazněné položky jsou skórovány obráceně, tedy skóre 5 byl obrácen na skóre 0, skóre 4 na 1 atd.):

- F1 (20 položek): 24, 34, **40, 43, 44**, 49, 50, **52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63**, 67, 68
- F2 (12 položek): 7, 13, **17, 22**, 32, 35, **36, 38, 45**, 64, **70, 71**
- F3 (9 položek): 1, 2, 3, 4, 10, 11, 19, 26, **46**
- F4 (12 položek): 12, 18, 21, 28, 29, **37, 39, 42**, 47, 48, **69, 72**
- F5 (7 položek): 14, 16, 23, 30, **51**, 60, 66

- F6 (7 položek): 15, **25**, 27, 31, 33, **41**, 65
- F7 (5 položek): 5, 6, 8, 9, **20**

Pracovní normy¹⁹ byly tvořeny na malém výzkumném souboru N = 33 respondentů a zároveň nebyly v době tvorby práce k dispozici normy původní. Do doby, než bude sesbíráno větší množství respondentů, lze proto použít pracovat s údaji z deskriptivní statistiky uvedené v této práci, která může posloužit jako nástroj pro doplnění informací získaných jinými metodami.

Pracovní normy byly vytvořeny pro faktory 1 – 7. S ohledem na velikost pilotního vzorku nebyly vytvořeny normy zvlášť pro ženy a muže. V tabulkách v Příloze 6 jsou hrubé skóre z pilotního průzkumu přepočítány na standardní skóre (Z-skóre, IQ- skóre) po provedení McCallovy plošné transformace.

Dle informací od autora byl zvolen následující postup vyhodnocování: pro každý faktor byly sečteny hrubé skóre (0 – 5 bodů) a vypočítán aritmetický průměr, který byl následně porovnán s pracovními normami získanými u výzkumného souboru.

¹⁹ Autorka prosí o shovívavost nad užitím termínu normy na výzkumném souboru o velikost N=33. Tento pracovní název byl ponechán z důvodu přehlednosti. Je však nasnadě, že normy by měly být vytvořeny na rozsáhlejší výzkumném souboru.

11. DISKUZE

Hlavním cílem výzkumné části této diplomové práce bylo vytvoření české verze metody Resilience to Trauma Scale – Research Edition, explorativní faktorová analýza české verze dotazníku, pilotní ověření jeho psychometrických charakteristik a návrh klíče ke skórování přeložené verze, jelikož původní faktorová struktura a skórovací klíč nebyly k dispozici. V diskuzi bude věnován prostor okomentování postupů, které při procesu překladu byly zvoleny, a problémů, které v rámci snahy o adaptaci dotazníku vyvstaly, včetně vyjádření se ke zjištěným výsledkům. Závěr diskuze bude věnován okomentování omezení výzkumu a zamyšlení se nad možnými doporučeními pro případné další zkoumání dané oblasti.

11.1. SBĚR DAT

Výzkumná část je postižena několika omezeními, z nichž pravděpodobně nejvýraznější je nereprezentativnost vzorku daná mj. zvolenou metodou výběru. Metoda výběru vzorku byla zvolena především s ohledem na její rychlost, efektivitu, možnost mít přehled o tom, jací respondenti dotazníky vyplňují. S ohledem na malé množství vstupních kritérií se výzkumný vzorek vyznačuje heterogenitou, která dále může být dána kritérii, jež nebyla apriorně mapována, přestože mohou mít na výsledky výzkumu vliv.

Ačkoliv pro účely výzkumné části diplomové práce byli, obdobně jako v původním vzorku, osloveni žadatelé o vyšetření pro účely hodnocení ztížení společenského uplatnění pro následky úrazů z řad obětí dopravních nehod a úrazů bez ohledu na čas uplynulý od dané události, lze předpokládat, že právě v tomto parametru se mohou výzkumné vzorky lišit, jelikož autoři metody mají vlastní klinickou praxi, v rámci které žadatele vyšetřují. Přestože údaj o době, která od traumatické události uplynula do doby administrace nástroje RTS-RE testovanému, autoři neuvádí, je pravděpodobné, že je kratší, než doba našeho výzkumného vzorku. Zároveň je však třeba zmínit, že metoda RTS-RE nám pomáhá získat více informací o tom, jaká je jedincova diskrepance mezi tím „*jak by to mělo být*“ a „*jak to vnímám, že to je*“ a je-li tato diskrepance aktuální pro testovaného v danou chvíli, pak to může být pro následnou poradenskou, terapeutickou a intervenční práci stále dostatečně významná informace, bez ohledu na to, kolik času od traumatizující události uplynulo.

Možnost vyplnění dotazníků byla samozřejmě zcela dobrovolná. Téma diplomové práce bylo v rámci sběru dat pro výzkumnou část osloveným respondentům komunikováno, ještě před samotným vyplněním. Lze předpokládat, že jej vyplnili pouze ti respondenti, kteří jsou ochotni o vlastní traumatické zkušenosti hovořit a je možné, že ti mají traumatickou

zkušenost lépe zpracovanou a vykazují tak vyšší míru resilience. Zajímavé by mohlo být například zařazení testové baterie mezi testy, které jsou součástí nějakého „plošného screeningu“ v rámci vstupního vyšetření například do rehabilitačního zařízení, díky čemuž by se testová baterie dostala k rukám širšího spektra respondentů včetně těch, kteří třeba v jiných situacích o svém zážitku informace otevřeně nesdílí.

11.2. POUŽITÉ METODY

V rámci empirické části práce byl využit český překlad metody Resilience to Trauma Scale – Research Edition, Beckův inventář deprese BDI-II mapující depresivní symptomatiku a Personal Views Survey zaměřený na psychickou odolnost ve smyslu hardiness v pojetí Kobasové, obě z těchto metod jsou přeloženy do českého jazyka. S překladem RTS-RE se pojila určitá časová náročnost, jelikož jsem chtěla najít bilingvního rodilého mluvčího, který by zachytil sémantické nuance u položek v obou z jazyků.

Přestože původním záměrem bylo srovnání výsledků české verze metody s výsledky původními resp. srovnání českých norem s normami kanadskými a polskými, v době zpracovávání dat získaných na výzkumném souboru, nebyla u autora k dispozici faktorová struktura, byla proto (i na základě doporučení autora samotného) vytvořena vlastní faktorová analýza, na základě které byl následně vytvořen klíč ke skórování, získané výsledky pak byly porovnávány s výsledky zmíněných metod. Bezpochyby by však bylo vhodné pracovat s daty získanými na reprezentativním vzorku a doplnit empirickou část práce o srovnání výsledků českého vzorku s výsledky původními. Výsledky vnitřní konzistence testu RTS-RE byly vysoké, na základě čehož lze předpokládat, že by test mohl být spolehlivý, překlad přiléhavý.

Přestože je metoda BDI-II, která byla spolu s dotazníkem PVS použita k validizaci nástroje, hojně využívaným nástrojem, u nejnovějšího překladu české adaptace BDI-II (Preiss a Vacíř, 1999) došlo pouze k hrubému ověření validity na základě průměrných skóre položek. Přestože by nejaktuálnější překlad sám o sobě neměl narušit psychometrické vlastnosti metody, bylo by třeba provést její důkladnější standardizaci. Je otázkou, nakolik některé problematicky interpretovatelné korelační vztahy týkající se metody BDI-II souvisí s dosavadním pouze hrubým ověřením psychometrických vlastností inventáře.

Přestože doba uplynulá od traumatické události byla u respondentů různá, BDI-II na základě úvodní instrukce mapuje výskyt symptomů pouze za období posledních 14 dnů, přestože některé ze zjišťovaných symptomů (např. znechucení ze sebe sama, pesimismu, nerozhodnost, pocit viny) jsou pravděpodobně trvalejšího rázu a zčásti mohou vypovídat o

charakteristice osobnosti. Beckův inventář deprese byl pro výzkumnou část zvolen, jelikož i v rámci RTS-RE je kladen důraz na aktuální prožívání a subjektivní vnímání vlastní situace. Lze se ale domnívat, že výsledný skóre respondentů by například v horizontu dalšího měsíce mohl být odlišný.

Validitu metody by bylo vhodné ověřit dalšími metodami (například inventářem úzkosti BAI, metodami zaměřenými na mapování posttraumatického stavu, českými metodami, které se zaměřují na psychickou odolnost osobnosti jako např. dotazník SPARO Oldřicha Mikšíka, případně s metodami zaměřenými specificky na koncept resilience jako je CD-RISC, která však není adaptována na českou populaci, přestože překlad již existuje). Nicméně, s ohledem na komfort respondentů, byla zvolena časově „nejekonomičtější“ varianta testové baterie, která zároveň mapovala všechny z jednotlivých pěti oblastí, které RTS-RE mapuje.

Autoři metody korelovali také výsledky RTS-RE s výsledky metody Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (dále jen MCMI-III). Millonův klinický víceosý dotazník pokrývá širokou škálu psychopatologie včetně chronických rysů a akutních klinických syndromů a je určen především pro testování psychiatrických pacientů. S ohledem na rozsah (175 tvrzení, kdy testovaný vybírá z možností ano/ne, vyplnění trvá cca 30 minut) představuje alternativu k MMPI. Oproti inventáři MMPI byla metoda MCMI explicitně sestavena, aby rozlišovala mezi poruchami osobnosti (Wetzler 1990). Jelikož MCMI-III dosud není standardizován na českou populaci, ve zdejší klinické praxi není příliš používán a administrace 4 metod by mohla být pro oslovené respondenty příliš zatěžující, rozhodla jsem se metodu nepoužít, nicméně srovnání s výsledky RTS-RE mohlo být velmi zajímavé a pravděpodobně bych získala více informací o tom, nakolik se subjektivně vnímaná závažnost traumatu, prožívané emoce, bezprostřední a odložené kognitivní zpracování vztahuje s post-traumatickými projevy.

Zpětně si kladu opakovaně otázku, nakolik k validizaci byla vhodná zvolená kombinace testu zaměřeného na relativně stabilní charakteristiky osobnosti (PVS) a inventáře, který mapuje stav v posledních 14 dnech (přestože řada položek je více stabilního charakteru). Jelikož však i dotazník RTS-RE sestává z položek různě stabilních v čase a z hlediska využití pro praxi resp. terapii je středem zájmu diskrepance mezi aktuálním stavem, jak jej testovaný vnímá a mezi tím, jak by jej chtěl mít, nepovažuji danou volbu za nešťastnou, přestože některé korelace výsledků RTS-RE s BDI-II vzbuzují otázky a stálo by za to se jimi dále zabírat.

11.3. SOUVISLOST MÍRY RESILIENCE S VYBRANÝMI CHARAKTERISTIKA-MI

Na základě teoretických konceptů spojených s konstrukcí využitých metod a empirickými výzkumy dosud provedenými se dalo předpokládat, že výsledky v inventáři BDI-II zaměřeného na depresivní symptomatiku budou korelovat negativně s výsledky dotazníku PVS vycházející z konceptu hardiness, kdy jedinci s vysokou odolností bývají charakterizováni jako lidé schopni náročné životní události zpracovávat s optimismem a přetvářet je v méně stresující formy, což je charakteristika stojící s vysokými skóry v BDI-II spíše v protikladu.

Na základě negativní korelace u faktoru 1, kdy vyšší skór v BDI-II koreluje s nižším skórem faktoru zaměřeného na ztráty, lze usuzovat, že depresivní symptomatika souvisí se subjektivně vnímanými ztrátami, ztrátou smyslu života, vnímané bezcennosti vlastní osoby, které negativně korelují s celkovou mírou odolnosti (signifikantně pozitivní korelace s výsledky PVS) a mohou tak být jedním z rizikových faktorů z hlediska šance na resilientní odpověď.

Faktor 2 dotazníku RTS-RE typický vyšší popisovanou závažností ztráty končtiny, zaviněním události vinou druhých, ale i podporou v rodině položkami souvisejícími s podporou v rodině koreloval negativně $r = -0,4$ s faktorem 5 dotazníku RTS-RE (*ochota trpět pro všeobecné dobro případně kvůli vyšším cílům, víra v sebe, naděje*). Jednou z řady možností, jak tento vztah interpretovat, může být nepřímá úměra mezi závažností zranění a jeho dopadů způsobenými vinou či nedbalostí druhých lidí a ochotou pro tyto druhé trpět a zažívat již poznanou intenzivní bolest. Je také možné, že vysoká závažnost následků traumatické události a zjištění, že taková situace může nastat bez vlastního přičinění, zcela vinou druhých, může mít negativní vliv na naději, že věci dopadnou dobře, přestože ještě není známo jak.

Negativní korelaci lze též nalézt u faktorů 3 a 4. Zatímco faktor 3, který lze připodobnit k subškále Challenge, signifikantně pozitivně koreluje se subškálami Challenge i Control dotazníku PVS, faktor 4 naopak koreluje pozitivně s výsledky dotazníku BDI-II. Je otázkou, nakolik zde hraje roli vnímaná vlastní vina za vznik a důsledky traumatické události. Zajímavé by mohlo být prozkoumání skóre dosažených u položek sytících faktor 4 a například otázky v BDI-II, která se na pocit viny taktéž specificky ptá a zohledňuje jej v celkovém skóre. Dalším důležitým aspektem, jenž může hrát v tomto souvýskytu roli, je velikost výzkumného souboru a dále skutečnost, že instrukce k vyplnění BDI-II se ptají na

vnímání vlastního stavu a fungování v posledních 14 dnech, zatímco položky sytící faktor 4 se zaměřují na výpovědi týkající se dlouhodobé perspektivy. V aktuálním prožívání a celkovém nastavení mohou být velké rozdíly u toho kterého jedince a diskrepance u několika málo jedinců v souboru o N=33 může mít výrazný vliv na celkový výsledek. Detailnější pochopení by mohla nabídnout hlubší analýza korelace jednotlivých položek inventáře a faktoru.

Faktor 5 spojený s ochotou trpět pro všeobecné dobro případně kvůli vyšším cílům, vírou, že vše dobře dopadne, přestože daný člověk možná ještě neví jak, víru v sebe sama a ostatní má svým obsahem relativně blízko k charakteristice subškály Commitment dotazníku PVS. Signifikantně pozitivní korelace se subškálami Commitment a Challenge tuto podobnost podporuje. Je pravděpodobné, že vysoká angažovanost a tendence zapojit se, které vyplývají z víry ve vlastní hodnotu, ujasněné hodnoty, priority a cíle, pocit sounáležitosti k druhým, vnímání životních aktivit coby účelných a smysluplných a chápání změn jako výzev jsou charakteristiky spojené s vyšší psychickou odolností jedince.

Skóry faktoru 6 (*neochota trpět, byť by to bylo pro dobro někoho jiného, nízká podpora u přátel a vnímáním reality coby nepředvídatelné*) korelovali signifikantně negativně s celkovým skórem faktoru PVS a se subškálami Commitment a Control. Lze předpokládat, že nízká vnímaná podpora, nepředvídatelnost a nepochopitelnost dění kolem sebe, jakož i neochota trpět, byť by to mohlo být pro vyšší cíle, souvisí s nižší mírou psychické odolnosti.

Přestože některé faktory lze charakterizovat relativně koherentním popisem (1, 3, 5, 6, 7) jiné v sobě skýtají celou řadu charakteristik, což činí snahy o interpretaci poměrně složitými. Faktorovou analýzu by bylo vhodné ověřit na souboru o velikosti alespoň N = 100 (Gorsuch, 1983).

Některé položky mapují velmi specifické oblasti respektive příčiny traumat (např. ztráta končetiny, poranění důležitých vnitřních orgánů, ztráta blízké osoby ad.), na které odpovídá kladně menší počet lidí a s ohledem na specifitu nelze předpokládat normální rozložení dat, což mohlo negativně ovlivnit výsledky.

Obdobně jako v rámci testování odolnosti ve smyslu hardiness metodou PVS srovnávající českou a americkou populaci (Šolcová & Kebza, 1996) skórovali respondenti signifikantně níže u otázek zaměřených na flexibilitu postoje při přizpůsobování se neočekávaným změnám, v otevřenosti vůči změnám a jejich vnímání coby výzev (v dotazníku PVS je takový postoj reprezentován například následujícími položkami: *Líbí se mi, když je*

moje práce hodně rozmanitá. Jsem rád s lidmi, kteří jsou nevypočitatelní. V obráceném skórování: Respektuji pravidla, která mě vedou. Nemám rád, když jsou věci nejisté nebo nevypočitatelné. Je tedy možné, že má na danou charakteristiku významný vliv kulturní prostředí, v němž testovaný byl vychováván, ve kterém žije.

11.4. OMEZENÍ VÝZKUMU

Zřejmě nejvýznamnějším omezením výzkumné části byly chybějící informace k překládané metodě: standardy pro hodnocení, faktorová struktura, skórovací klíč, normy, informace o položkách, což mělo vliv na pojetí adaptace metody. Zatímco standardním postupem je vytvoření metody na základě idey, která je následně ověřována například faktorovou analýzou, v rámci daného výzkumu byl vstup spíše opačný a na základě analýzy a interpretace zjištěných výsledků vyvstaly předpoklady k dalšímu ověření.

Dalším z výrazných limitů byl nízký počet respondentů ve výzkumném souboru. S ohledem na charakter výzkumu, jenž byl kvantitativní explorativní analýzou tématu, však považuji za poměrně ohleduplné vůči respondentům, že byla pilotní data nejdříve sesbírána u těch, kteří jsou o dané traumatické události připraveni hovořit a informace velmi osobní sdílet.

Na základě získaných cenných zkušeností a předběžného ověření psychometrických vlastností, které se ukazují jako poměrně přesvědčivé co do smysluplnosti dalšího zkoumání, bych se do budoucna ráda využila, případně doporučila využít ke sběru více dat pracoviště disponující lůžkovými rehabilitačními odděleními jakými je například Rehabilitační ústav Kladruby, Vojenský rehabilitační ústav Slapy ad., která pracují s lidmi, kteří jsou ohroženi psychotraumatem v návaznosti na úraz (např. důsledkem autonehody), poměrně záhy od události a s danými respondenty je pak udržován kontakt v rámci terapie po dobu v řádu dalších týdnů i měsíců.

Získaná data by mohla být rozvrstvenější, reprezentativnější a možnost využití informací z dotazníků zjištěných by pro terapeutickou práci mohla být časnější. Jistě by bylo zajímavé na kvantitativní informace navázat kvalitativní metodou (např. rozhovorem) k získání dalších cenných poznatků o specifikách resilience, o charakteristikách a procesech, které ji posilují či naopak zeslabují. Tyto individuální vhledy by mohly posloužit posílení účinnosti preventivních programů, psychoterapie, poradenství a intervence.

V případě využití dotazníku RTS-RE vnímám jeho možný přínos v podobě vodítka v rámci klinického interview, případně coby nástroj nabízejícího doplňující informace doporučení, na co se zaměřit v rámci terapie.

ZÁVĚR

Studium konceptu resilience prošlo v posledních padesáti letech pozoruhodným vývojem. Od základních deskriptivních cílů po snahy experimentálně ověřit a prosadit procesy potřebné k pozitivní adaptaci na ohrožující prostředí plné rizikových podnětů. Definice pojmu se staly dynamičtějšími a multidimenzionálními.

Za ohromný přínos konceptu resilience považuji skutečnost, že umožňuje odstranit definitivnost nálepek spojených s důsledky vystavení toho kterého člověka traumatizujícím či jinak rizikovým událostem. V duchu pozitivní psychologie akcentuje kladné stránky osobnosti, možnou podporu k rozvoji vnitřních sil člověka náročným životním okolnostem navzdory.²⁰

Výzkum resilience vnímám jako jeden z řady mezníků psychologie, který posouvá zájem o zkoumání zranitelnosti a rizikových faktorů směrem k protektivním, k hledání možností, jak podpořit well-being nadcházejících generací na úrovni nejen jedince, ale i rodiny ale i celé komunity, což je v období globálních krizí, válek, teroristických útoků směr, který se zdá být smysluplným.

Kritika týkající se konceptu resilience často směřuje k nejednoznačnosti v definicích a terminologii, různorodosti vnímaného rizika a kompetencí lidí vnímaných či popisovaných jako resilientní. Tato nejednoznačnost a nesoulad odborné veřejnosti v definování pojmu může vzbuzovat otázky o užitečnosti a významu zkoumání tohoto teoretického konstruktu. Tato skutečnost je jistě něco, s čím bude třeba se i do budoucna snažit vypořádat.

Znalost faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit dopad traumatizující události, umožňuje v terapeutické a poradenské praxi tyto faktory vhodně posilovat a snížit tak negativní dopady traumatizující události. Hlavní myšlenka stojící za tvorbou metody Resilience to Trauma Scale – Revised Edition je dle autorů (Celinski, Salmon, & Allen-III, 2007) prevence emoční psychopatologie skrze podporu uzdravení hledáním zdrojů jako je optimismus, sociální opora, proaktivní zvládací strategie ad. Přínosem dotazníku do klinické praxe může být skutečnost, že testování při jeho vyplňování reflektují na svůj traumatický zážitek v kontextu vlastního

²⁰ Zde je ovšem nutno zmínit, že ač se pozitivní psychologie etabluje skrze osobnosti jakými je Seligman a Csikszentmihalyi teprve na přelomu tisíciletí (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), pozitivním vývojem osobnosti ve smyslu růstu k hodnotnému životu navzdory nepříznivým okolnostem se výzkumníci jako Rutter (1987), Wernerová (1992) či N. Garmezy (1987) intenzivněji zabývali již v druhé polovině minulého století.

vnímání sebe sama v rámci situace, na pre-traumatické specifické zvládací mechanismy a na jejich perspektivy a význam snah o vytvoření nového životního smyslu ztrátám navzdory.

Hlavním přínosem této diplomové práce je, jak věřím, zpracování problematiky spojené se zkoumáním konceptu resilience z aktuálních českých i zahraničních pramenů a pokus o zpřehlednění celé řady různých přístupů do jednoho celku. Dalším přínosem, za který bych byla ráda, je i adaptace a pilotní ověření zahraničního nástroje mapujícího resilienci do češtiny a představení pilotní verze širšímu spektru zájemců o zkoumání resilience. Dotazník RTS-RE by mohl profesionálům pomoci jak coby vodítko v rámci klinického interview, tak i coby nástroj nabízející doporučení, na co se zaměřit v rámci terapie.

Nejen díky zkoumání resilience u dětí a dospělých dochází k boření mýtu o nemožnosti vymanit se z důsledků nehostinného prostředí, mýtu o tom, že negativní zkušenost musí mít zákonitě negativní dopad na osobnost.

Věřím, že člověka ani tak nedefinuje to, kam došel, protože startovní čára a podmínky na cestě každého z nás jsou jiné. Věřím, že nás definuje to, co jsme cestou překonali.

POUŽITÉ ZDROJE

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A Review of Instruments Measuring Resilience. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 29,2, 103-125. Doi:10.1080/01460860600677643

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5.vyd. Washington, DC: Author.

Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1984). *The sense of coherence as a determinant of health*. In Matarazzo, J. D. Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E. & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*, 114-129. New York: Wiley. Doi: 10.1007/978-1-349-22493-7_22

Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 1993, 36, 6, 725-733. Doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z

Armenta, B. E., Whitbeck, L. B., & Habecker, P. N. (2016). The Historical Loss Scale: Longitudinal measurement equivalence and prospective links to anxiety among North American indigenous adolescents. *Cultural Diversity And Ethnic Minority Psychology*, 22, 1, 1-10. Doi:10.1037/cdp0000049

Baldwin, B. A. (1978) A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, 538-551. Doi: 10.1111/j.1939-0025.1978.tb01342.x

Baltes, M. M., Kuehl, K. P., & Sowarka, D. (1992). Testing for limits of cognitive reserve capacity: A promising strategy for early diagnosis of dementia? *Journal of Gerontology*, 47, 3, 165–167. Doi: 10.1093/geronj/47.3.P165

Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 3, 213-223. Doi: 10.1016/0887-6185(91)90002-B

- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency In Kids: Protective factors in the family, school, and community*. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and Development.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., & Maor, M. (2014) The Psychological Flexibility Questionnaire (PFQ): Development, Reliability and Validity. *WebmedCentral PSYCHOLOGY*, 5, 4. Dostupné z: https://www.webmedcentral.com/wmcpdf/Article_WMC004606.pdf
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2012) Loss, trauma, and resilience in adulthood. In Hayslip, B., & Smith, G. (Eds.). *Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life. Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 189-210. New York: Springer Publishing Company.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59, 20-28. Doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K., M., Guenole, N., Orcutt, H. K. et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676 – 688. Doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bowlby, J. (2010). *Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bryan, C. J., Ray – Sannerud, B., & Heron, E. A. (2015). Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual behavioral Science*, 4, 4, 263 – 268. Doi: 10.1016/j.jcbs.2015.10.002
- Břicháček, V. (2002). Odolnost rodiny. In I. Plaňava & M. Pilát (Eds.), *Děti, mládež a rodiny v období transformace*, 10–20. Brno: Barrister and Principal.
- Burger, J., M. & Burns, L. (1988). The Illusion of Unique Invulnerability and the Use of Effective Contraception. *Personality and Social Psychology Buletin*, 14, 2, 264-270.
- Cairns, K. (2013). *Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem*. Praha: Portál.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide*. Mahwah: Erlbaum.

Callahan, L. F., & Pineus, T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 9, 28–35.

Caplan, C. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Celinski, M. J. (2011). *Framing resilience as transcendence and resourcefulness as transformation*. In M. J. Celinski & K. Gow (Eds). *Continuity versus creative response to challenge: The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy*. New York: Nova Science Publishers.

Celinski, M. J. (2004). *Freedom as a mental state*. *Hypnos*, 31, 1989-200.

Celinski, M. J., & Gow, K. (2011). *Wayfinding Through Life's Challenges: Coping and Survival*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.

Celinski, M. J., & Gow, K. (2013). *Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.

Celinski, M. J., & Pilowsky (2008) Measuring resilience to psychological outcomes of natural disasters: More questions than answers. In Gow, K., & Paton, D. (Eds). *The Phoenix of Natural Disasters: Community Resilience*. 73-86. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers.

Celinski, M. J., Salmon, D. & Allen-III, L. M. (2007). *The Resilience to Trauma Scale - Research Edition*. Durham: Cognisyst.

Cimrmanová, T., et al. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum.

Chandler, M. J., & Lalonde, Ch. (1998). Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*. Dostupné z: <http://web.uvic.ca/~lalonde/manuscripts/1998TransCultural.pdf>

Cicchetti, D. (2016). *Developmental Psychopathology, Risk, Resilience, and Intervention*. New York: Wiley.

Cohen, O., Geva, D., Lahad, M., Bolotin, A., Leykin, D., Goldberg, A., & Aharonson-Daniel, L. (2016). Community Resilience throughout the Lifespan – The Potential Contribution of Healthy Elders. *Plos ONE*, 11, 2, 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0148125

- Cohler, B. J. (1987). *Adversity, resilience, and the study of lives*. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*, 363-424. New York: Guilford.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *The nature of risk and resilience in adolescence. Adolescence, risk and resilience: against the odds*. Hoboken: J. Wiley.
- Connor, K., & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD - RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 2, 76-82.
- Conrad, M., & Hammen, C. (1993). Protective and resource factors in high-and low-risk children: A comparison of children with unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers. *Development and Psychopathology*, 5, 593-607.
- Coward, D. D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, 45, 2, 116-121.
- Cutter, S. L., Barnes, L., Berry, M., Burton, C., Evans, E., Tate, E., et al. (2008). A place-based model for understanding community resilience to natural disasters. *Global Environ Change*. 18, 4, 598-606. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959378008000666>
- Dishon, T. J. & Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process. Promising themes for linking intervention with developmental science. *Annals of New York Academy of Science*, 1094, 125-138.
- Domino G., Domino, M. L. (2006). *Psychological testing: an introduction*. Cambridge University Press.
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., & ... Magder, L. (2015). Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. *Academic Pediatrics*. Doi:10.1016/j.acap.2015.12.005
- Dytrych, Z., Matějček, Z., & Schüller, Z. (1977). *Nechtěné děti*. Zprávy č. 34. Praha: VÚP.
- Edmonds, R. (1986). *Characteristics of Effective Schools. The school achievements of minority children: New perspectives*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Fabrová, S. (2014). *Vliv míry resilience na rovnováhu osobního a pracovního života u matek s dětmi do 15 let*. Diplomová práce. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to aboriginal research. *Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 6, 7-22.

Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu*. Praha: Cesta.

Gallopín, G. C. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global Environmental Change*, 16, 3, 293 – 303. Doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.02.004

Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, 2, 159 - 174. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03526.x

Garnezy, N., & Nuechterlein K. H. (1972) Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 328 – 329. (Abstrakt)

Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.

Glantz, M. D., & Johnson, L. J. (1999). *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: Springer.

Gordon, E. W., & Coscarelli, W. C. (1996). Recognizing and fostering resilience. *Performance Improvement*, 35, 14 – 17.

Gordon, E. W., & Song, L. D. (1994) Variations in the experience of resilience In: Wang, M. C., Gordon, E. W. (Eds) *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 27 – 43.

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale: Erlbaum.

Gottfried, J. (2015). Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé - Recenze metody. *Testforum*, 5, 20 – 25.

- Hall B. J, Hobfoll S. E, Palmieri P. A, Canetti-Nisim D, Shapira, O., Johnson R. J, ... Galea, S. (2008). The psychological impact of impending forced settler disengagement in Gaza: Trauma and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 1. 22-29. Doi: 10.1002/jts.20301.
- Hall, J., S., Reich, J. W., & Zautra, A., J. (2010). *Handbook of Adult Resilience*. New York: Guilford Press.
- Hayslip, B., & Smith, G. (Eds.). (2012). *Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. New York: Springer Publishing Company.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006) A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 5, 797-816. Doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Henderson, N. (2007). *Fostering resiliency in children and youth: Four basic steps for families, educators, and other caring adults*. In: Henderson, N., Bernard, B. & Sharp-Light, N. (Eds.). *Resiliency in action: Practical ideas for overcoming risks and building strenghts in youth, families, and communities*. San Diego: Resiliency in Action.
- Herrman, H., Stewart, D., Diaz - Granados, N., Berger, E., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56, 5, 258-265.
- Holmes, T. H., & Rahe R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal od Psychosomatic Research*, 11, 2, 213–218. Doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4.
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing.
- Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (1996). Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*, 40, 6, 480 - 487.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52, 1, 1-19.

- Kebza, V., & Šolcová, I. (2015). Resilience: některé novější koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 59, 5, 444 – 451.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Social Psychology*, 37, 1-11. Doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kocalevent, R. D., Zenger, M., Heinen, I., Dwinger, S., Decker, O., & Brähler, E. (2015). Resilience in the General Population: Standardization of the Resilience Scale (RS-11). *PLoS ONE*, 10, 11. Doi:10.1371/journal.pone.0140322
- Kohoutek, T., Špok, D., & Čermák, I. (2009). *Neštěstí, krizové události, katastrofy a jedinec*. In T. Kohoutek, & I. Čermák. (Eds.). *Psychologie katastrofické události*, 18-92. Praha: Akademia.
- Křivohlavý, J. (1991). Nezdolnost typu hardiness. *Československá psychologie*, 15 (1), s. 59-65.
- Křivohlavý, J., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993). *Czech Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. Dostupné z: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/czec.htm>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kumpfer, K. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: Glantz, M. D., & Johnson, L. J. *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: Springer.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 3, 511–526. Doi: 10.1037//0882-7974.15.3.511
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing.
- Lapsley, D. K., & Hill, P. L. (2010). Subjective Invulnerability, Optimism Bias and Adjustment in Emerging Adulthood. *Journal Of Youth & Adolescence*, 39, 8, 847-857. Doi:10.1007/s10964-009-9409-9.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lerner, R. M., Weiner, M. B., Arbeit, M. R., Chase, P. A., Agans, J. P., Schmid, K.L., & Warren, A. E. A. (2012). Resilience Across the Life Span. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32, 1, 275–299. Doi: 10.1891/0198-8794.32.275
- Lewis, J. M. (2007). Posttraumatic growth syndrome: Fact or fiction? *Psychiatric Times*, 24, 4, 18.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and Management of Acute Grief*. American Journal of Psychiatry, 101, 141–148.
- López, J. (2015). A critical analysis of the concept of resilience in psychology. *Anales De Psicología*, 31, 3, 751-758. Doi: 10.6018/analesps.31.3.185631
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 3, 543–562. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsjsr&an=edsjsr.1132374&scope=site>
- Luthar, S. S. (2006) Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Willey.
- Magán, I., Sanz, J., & García- Vera, M. P. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*. 11, 2, 626- 640.
- Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52, 6, 567-583.
- Mareš, J. (2012). *Po-traumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada publishing.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garnezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.

- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 491-495. Doi:10.1017/S0954579410000222
- Matějček, Z. (2014). *Resilience aneb co nás chrání před zlým osudem*. Československá psychologie, 58, 3, 282-289.
- Mbaye, S., & Kouabenan, D., R. (2013) Effects of the feeling of invulnerability and the feeling of control on motivation to participate in experience-based analysis, by type of risk. *Accident Analysis & Prevention*, 51, 310-317. Doi: 10.1016/j.aap.2012.11.026
- McMillen, J. C, Smith, E. M., & Fisher, R. M. (1997). Perceived benefits and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739. Doi: 10.1007/s10826-013-9832-0.
- Mikšík, O. (1973). *Metodologie, koncipování a vývoj testů ke zjišťování subjektivních předpokladů odolnosti vůči zátěži*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
- Miller-Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A., & Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7, 1, 1-23. Doi:10.1186/1753-2000-7-6
- Morgan, P. B., Fletcher, D., & Sarkar, M. (2015). Understanding team resilience in the world's best athletes: A case study of a rugby union World Cup winning team. *Psychology Of Sport & Exercise*, 16(1), 91-100. Doi:10.1016/j.psychsport.2014.08.007
- Naglieri, J. A., & LeBuffle, P. A. (2005). Measuring resilience in children. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children*, 107–121. New York, NY: Springer.
- Ozeki, M., Yonezawa, K., & Negayama, K. (2015). Group resilience in incidents of varying degrees of danger and frequency. *The Japanese Journal Of Social Psychology*, 31(1), 13-24.
- Park, C. L., & Lechner, S. C. (2006). Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth*, 47-67. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parkes, K. R., & Rendall, D. (1988). The hardy personality and its relationship to extraversion and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 9, 785 – 790.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. USA: International Universities Press.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy – I. Díl: klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 157-160. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/04.pdf>

Praško, J., Kamarádová, D., Sandoval, A., Havlíková, P., & Sigmundová, Z. (2012). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Postgraduální medicína*, 6. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplikovane-truchleni-a-jeho-lecba-466729>

Preiss, M. & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé – BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika.

Prince – Edbury, S., & Saklofske, D. H. (2012). *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice*. New York: Springer.

R Core Team (2016). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Dostupné z: <https://www.R-project.org/>.

Rauh, H. (1989). The meaning of risk and protective factors in infancy. *European Journal of Psychology of Education IV*, 2, 161-173.

Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2011). Resilience science and practice: current status and future directions. In Celinski, M. J., & Gow, K. (Eds.), *Continuity versus Creative Response to Challenge*. New York: Nova Science Publishers.

Revelle, W. (2016). *Procedures for Personality and Psychological Research*. USA: Northwestern University. Dostupné z: <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.6.6

Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., Ouston, J., & Smith., A. (1979). *Fifteen thousand hours*. Cambridge: Harvard University Press.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3, 181-214.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth's.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. Paper presented at the Asian Congress of Health Psychology 2000: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan, August 28-29. Dostupné z: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/lingua5.htm>
- Schwarzer, R., & Warner, L. M. (2012). *Percieved Self-Efficacy and its Relationship to Resilience*. In Prince-Embury, S., & Sklofske D. H. (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults*. New York: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-4939-3
- Slater, A. M., & Quinn, P. C. (2012). *Developmental Psychology: Revisiting the Classic Studies*. London: SAGE Publications.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15, 3, 194-200. Dostupné z:
- Sonn, Ch. C., & Fischer, A. T. (1998). Sense of community: Community resilient responses to oppression and change. *Journal of community psychology*, 26, 5, 457–472.
- Šolcová, I., & Tománek, P. (1994). Daily stress coping strategies: An effect of hardiness. *Studia Psychologica*, 36, 5, 390 – 394.
- Šolcová I. (2007). *Některé psychofyzilogické souvislosti resilience*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a v dospělosti*. Praha: Grada Publishing.

Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.

Švarcová, T. (2015). *Resilience a vnímání životní smysluplnosti*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.

Steer, R. A. (2009). Amount of general factor saturation in the Beck anxiety inventory response of outpatients with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 2, 112- 118. Doi: 10.1007/s10862-008-9098-9

Stutts, L., Guererro, B. M., Brigano, M. O., et al. (2011) Postconventional Morality. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Boston, MA: Springer US. Doi: 10.1007/978-0-387-79061-9_2200

Stumpfer, D. J. W. (1999). Psychosocial resilience in adults. *Studia psychologica*, 41, 89 - 104.

Trieschmann R. (1988). *Spinal cord injuries: psychological, social, and vocational rehabilitation*. 2nd ed New York: Demos Publishing.

Urbánek, T., Denglerová, D., Širůček, J. (2011). *Psychometrika*. Praha: Portál.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2014). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*. 34, 2, 122-127. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.12.011

Večeřová – Procházková, A. & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní Medicína*, 10, 4, 188–192. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Vraná, K. (2012) *Subjektivně vnímaná depresivní symptomatika u dospělé české populace- využití Beckova inventáře deprese*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova.

Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.

Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing.

- Walsh, F. (2002). A family resilience Framework: Innovative practice applications. *Family relations*, 51, 130–138. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Froma_Walsh/publication/227704009_A_Family_Resilience_Framework_Innovative_Practice_Applications/links/09e415137c7d229252000000.pdf
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 22, 4, 252–255. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.x
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 2, s. 165 - 178.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill.
- Werner, E. E. (1992). *Overcoming the odds? High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Williams, S. J. (1990). The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. *Medical Psychotherapy*, 3, 171–186.

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Souhrn protektivních faktorů na různých úrovních | 33 |
| Tabulka 2 Protektivní faktory dospívajícího | 43 |
| Tabulka 3 Přehled traumatických událostí zkoumaných v kontextu posttraumatického rozvoje | 63 |
| Tabulka 4 Věkové rozvrstvení respondentů | 86 |
| Tabulka 5 Rozvrstvení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání | 86 |
| Tabulka 6 Deskriptivní charakteristiky hrubých skóre..... | 87 |
| Tabulka 7 Proporce variance | 88 |
| Tabulka 8 Analýza zátěží položek | 90 |
| Tabulka 9 Výpočet Cronbachovo Alfa pro jednotlivé faktory | 92 |
| Tabulka 10 Signifikantní korelace výsledků faktorů dotazníku RTS-RE s výsledky v dotazníku PVS a inventáři BDI-II | 93 |
| Tabulka 11 Obtížnost položek dotazníku RTS-RE..... | 95 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Vztah konceptu Vulnerability a resilience v literatuře..... | 22 |
| Obrázek 2 Model vztahu jedince a kontextu | 29 |
| Obrázek 3 Osm stádií psychosociálního vývoje dle Eriksona | 38 |
| Obrázek 4 Kruh resilience dle Hendersonové | 41 |
| Obrázek 5 Metody zaměřené na resilienci dětí..... | 67 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|-----|
| Graf 1 Věkové rozvrstvení výzkumného souboru | 86 |
| Graf 2 Rozvrstvení vzdělání výzkumného souboru..... | 86 |
| Graf 3 Faktorová analýza položek dotazníku RTS-RE | 88 |
| Graf 4 Histogram HS BDI-II | 145 |
| Graf 5 Histogram HS Faktoru 1 RTS-RE..... | 145 |
| Graf 6 Histogram HS Faktoru 2 RTS-RE..... | 145 |
| Graf 7 Histogram HS Faktoru 3 RTS-RE..... | 145 |
| Graf 8 Histogram HS Faktoru 4 RTS-RE..... | 145 |
| Graf 9 Histogram HS Faktoru 5 RTS-RE..... | 145 |
| Graf 10 Histogram HS Faktoru 6 RTS-RE..... | 146 |
| Graf 11 Histogram HS Faktoru 7 RTS-RE..... | 146 |
| Graf 12 Histogram HS dotazníku PVS | 146 |
| Graf 13 Histogram HS subškály Commitment dotazníku PVS..... | 146 |
| Graf 14 Histogram HS subškály Challenge dotazníku PVS..... | 146 |
| Graf 15 Histogram HS subškály Control dotazníku PVS..... | 146 |